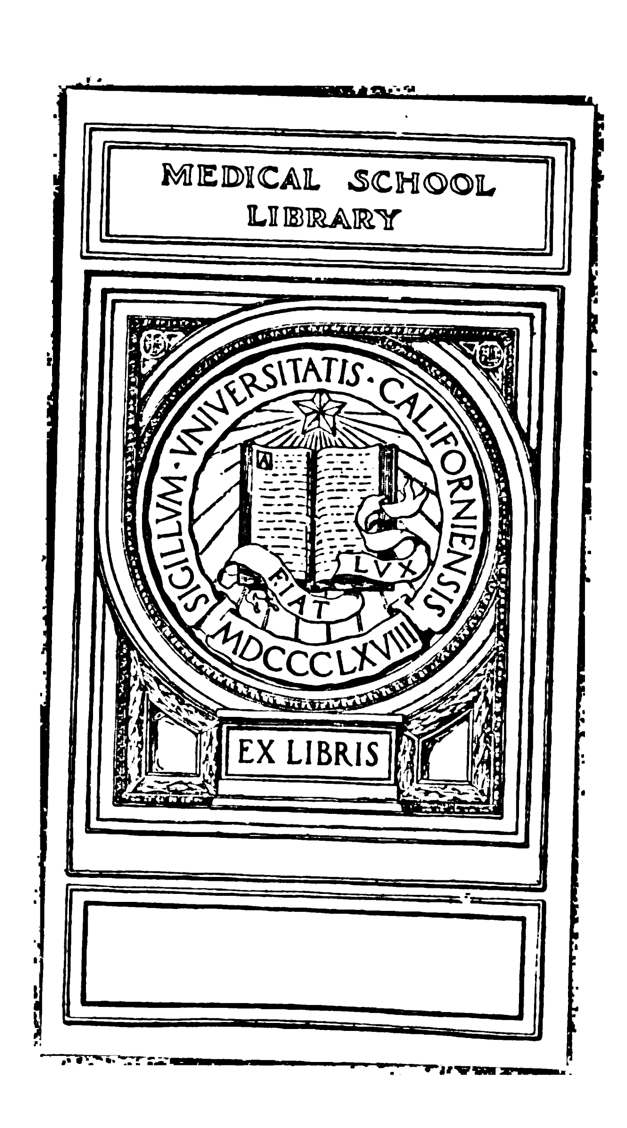

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXIX

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour l'Europe.....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschell, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXIX

Contenant des travaux de

ALDIBERT, AZÉMA, BUMM, CABOCHE, FARABEUF, HARTMANN, HENRY (Mme), HERRGOTT, LABUSQUIÈRE, MORAX, PICQUÉ et CHARRIER, PINARD, POZZI, QUEIREL, RICHELOT, ROUTIER, TERRIER et HARTMANN, TILLAUX, TOUJEAN, VARNIER.

1893

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par le Dr **Alphonse Herrgott**

Professeur de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Nancy.

Je n'ai pas l'intention d'étudier les attaques convulsives qui surviennent parfois chez les femmes à la fin de la grossesse, pendant l'accouchement, ou, ce qui est plus rare, après l'acte de la parturition.

Ces attaques auxquelles on a, avec raison, donné, à cause de la soudaineté de leur apparition, le nom d'*éclampsie*, du mot grec εκλαμπτειν qui veut dire faire explosion, sont trop connues, pour qu'il soit nécessaire d'en refaire une description qui se trouve dans tous les traités obstétricaux et en particulier dans les *Leçons cliniques* (1) du professeur Depaul qui en a fait un magistral exposé.

Mais, si les phénomènes cliniques de l'éclampsie puerpérale sont parfaitement connus, il n'en est plus de même de la cause, de la *pathogénie* de cette redoutable affection qui fait de nombreuses victimes dans nos maternités, car, bien que l'éclampsie soit relativement rare, 3,96 pour 1000 accouchements, d'après M. Hipolytte (2), 2,82 d'après M. Char-

(1) *Leçons de clinique obstétricale*, par J.-A. Depaul, p. 283. Paris, 1872-1878.

(2) *De l'éclampsie puerpérale spécialement étudiée au point de vue de sa pathogénie*. Thèse de Nançy, 1879, p. 125.

pentier (1), 6,21 d'après Löhlein (2), le pronostic en est cependant extrêmement grave.

Pour Kiwisch, un tiers des femmes atteintes d'éclampsie succomberaient pendant la période convulsive, et un tiers de celles qui survivent serait enlevé par des accidents puerpéraux consécutifs. Cette mortalité dans l'éclampsie serait d'après Blot de 35,4 pour 100 ; elle s'élèverait même jusqu'à 50 pour 100 d'après Mme Lachapelle et Romberg. Or, d'après la plus récente statistique que j'aie pu me procurer, cell de Olshausen (3), sur 200 éclamptiques observées depuis 5 ans et demi, à la clinique de l'Université de Berlin, on avait constaté 50 décès, soit une mortalité de 25 pour 100. Pour ma part, sur 23 cas observés à la Maternité de Nancy depuis 1885 jusqu'à ce jour, j'ai eu à enregistrer 5 décès.

Cette léthalité si considérable pour la mère l'est encore davantage pour l'enfant.

« L'éclampsie, dit M. Bailly (4), présente de plus grands dangers encore pour le fœtus. La mortalité pour celui-ci surpasse celle qu'on observe chez les femmes elles-mêmes ». Cette mortalité serait même d'après Dührssen (5) de 50 pour 100.

En effet, dans un grand nombre de cas le fœtus a déjà succombé au moment du travail, victime de l'action délétère qu'exerce sur lui l'altération du sang maternel, ainsi que M. A. Mijnlieff (6) vient de le démontrer à nouveau, dans un

(1) *Traité pratique des accouchements*, 2e édit., t. I, p. 764, Paris, 1890.

(2) *Quatrième congrès de la Société allemande de gynécologie*, à Bonn, 21 mai 1891, in *Semaine médicale*, p. 219.

(3) Société de médecine de Berlin, séance du 16 décembre 1891, in *Sem. méd.*, p. 511, 1891.

(4) Article Éclampsie, in *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 313.

(5) Société de médecine de Berlin, 20 janvier 1892. In *Sem. médic.*, p. 33, année 1892.

(6) Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis Gravidarum in Zusammenhang mit dem intrauterinen Absterben der Frucht. In *Samml. kl. Vorträge*, n° 56, octobre 1892.

travail, sur la néphrite gravidique, paru il y a quelques jours, dans le recueil des leçons cliniques de Volkmann; victime aussi, des troubles de la circulation utéro-placentaire causés par les attaques convulsives. D'autres enfants succombent pendant l'accouchement même, surtout au moment de leur extraction; d'autres enfin, naissent vivants, mais incapables de vivre, ils meurent peu après leur naissance.

Sur les 23 cas d'éclampsie auxquels je faisais allusion, il y a un instant, 12 enfants avaient succombé !

On comprend, dès lors, l'importance qu'il y a pour l'accoucheur, de rechercher la cause d'une affection qui produit de si terribles ravages, afin d'arriver à en diminuer la fréquence ou tout au moins, à en atténuer les désastreux effets.

Le professeur Depaul qui avait discuté avec soin dans ses *Leçons cliniques* (1) les différentes hypothèses émises au sujet de la pathogénie de l'éclampsie disait qu'elles pouvaient se rapporter aux quatre divisions suivantes :

1° L'éclampsie est causée par la congestion cérébrale ;

2° L'éclampsie est une névrose ;

3° L'éclampsie est le résultat d'une lésion rénale ;

4° L'éclampsie est le résultat d'une altération du sang.

Il terminait cette étude critique par ces paroles (2) : « Je repousse la congestion cérébrale, la névrose, le mal de Bright, comme causes essentielles de l'éclampsie ; il peut se faire qu'une congestion cérébrale succède aux attaques.... une femme épileptique peut-être éclamptique.... Je ne repousse pas formellement l'existence d'une maladie de Bright antérieure, mais ce sont, à mon avis, des circonstances exceptionnelles qu'on ne peut pas toujours invoquer. Si je n'accepte pas davantage les théories de l'urémie, de l'urinémie ou de la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque, je n'en crois pas moins que c'est à *une altération du sang*

(1) *Loc. cit.*, p. 804.
(2) *Ibid.*, p. 328.

qu'il faut attribuer les désordres nerveux : reste à savoir quelle-est cette altération ! »

Quelques années après que ces lignes avaient été écrites, M. le Dr Delore, de Lyon, lisait au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, qui avait lieu à Blois, en septembre 1884, une note sur *l'étiologie bactérienne* de l'éclampsie. Pour lui, ce qui domine dans les différentes théories de l'éclampsie, « c'est que l'éclampsie naît sous l'influence d'un principe introduit dans le sang à la suite d'un vice fonctionnel du rein qui n'élimine pas, à cause de son état morbide, les principes nuisibles dont il doit déterminer l'évacuation par l'urine ».

Le sang est donc altéré ; M. Delore pense que cette altération est due à la présence d'un microbe que ses recherches faites, grâce à l'obligeance de M. Rodet, chef du laboratoire de M. Chauveau, n'ont pas permis de nettement déterminer. Mais il énumère les divers arguments qui plaident en faveur de l'étiologie microbienne de l'éclampsie et insiste surtout sur la température très élevée, jusqu'à 42 degrés que l'on observe chez les éclamptiques ; hyperthermie qui est un caractère constant dans les affections microbiennes. Cette température, ainsi que l'a démontré M. Hipolytte (1), oscille en effet le plus souvent, on le sait, entre 37°,8 et et 40 degrés ; elle peut même dépasser 41° et atteindre 42° ou 43° après la mort.

M. Delore termine sa communication en disant que ces recherches devraient être reprises et qu'elles devraient aussi porter sur l'urine de femmes éclamptiques.

Ces recherches, M. Doléris les avait déjà entreprises. Le 21 juillet 1883, il avait communiqué à la Société de biologie les résultats que lui avaient donnés l'ensemencement des urines de femmes très albuminuriques, dans lesquelles il avait trouvé un organisme ou les germes d'un organisme caractérisé par de longues chaînettes noduleuses composées

(1) *Loc. cit.*, p. 372.

de très courts segments bacillaires, entrecoupés parfois de grains ou de séries de grains très réfringents. Dans certaines conditions, cet organisme semblait presque complètement moniliforme ou bien les articles de la chaînette étaient étranglés dans leur milieu.

L'inoculation de ces microbes à des lapins les avait rendus albuminuriques très rapidement.

Deux ans après, en 1885, M. Doléris *communique de nouveau* à la Société de biologie, dans sa séance du 18 juillet, le résultat de nouvelles recherches qu'il a entreprises avec M. Pouey, sur l'albuminurie microbienne et ses relations avec l'éclampsie et arrive aux conclusions suivantes (1):

« 1° Des micro-organismes peuvent se rencontrer fortuitement dans la vessie des femmes enceintes indépendamment de l'albumine et sans que rien autorise à les juger de provenance rénale. Il faut donc tenir compte de cette erreur dans les recherches de ce genre.

« 2° On rencontre de l'albuminurie dans la portion de 1/20 environ chez les femmes enceintes. Dans l'urine de ces femmes franchement albuminuriques, ils ont trouvé constamment des organismes avec prédominance de streptococcus ;

« 3° Le sang des femmes enceintes albuminuriques renferme souvent, sinon toujours, des organismes révélés par la culture ;

« 4° *L'urine et le sang de certaines éclamptiques albuminuriques* contiennent des microbes. On peut observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine parallèlement aux accidents convulsifs.

Cette altération de l'urine présente une grande analogie avec celle que Perret (2) observait dans un cas de néphrite bactérienne primitive qu'il communiquait, en 1888, à la

---

(1) *Archives de tocologie*, p. 742, 1885.

(2) *Bulletin médical*, p. 1000, année 1888.

Société de médecine de Lyon. Dans ce cas ainsi que dans ceux relatés par Bamberger (1), Aufrecht (2), Litten (3) et Babes (4), les urines étaient comme chez les éclamptiques rares, troubles, d'un rouge sale, dans lesquelles les réactifs ordinaires déterminaient un précipité notable d'albumine rétractile.

L'examen microscopique avait revélé la présence de globules rouges et blancs, de cylindres hyalins et granulo-graisseux et *surtout une quantité plus ou moins considérable de bactéries courtes et mobiles*.

Enfin, M. Doléris, poursuivant avec M. Butte ses recherches sur l'éclampsie des femmes enceintes, fait, le 20 février 1886, une *troisième communication* à la Société de biologie, dans laquelle il dit avoir trouvé dans le sang de cinq éclamptiques une substance cristallisée, insoluble dans l'eau, soluble dans l'éther et dans l'eau acidulée.

Cette substance, qui ne se conduit pas comme les ptomaînes vis-à-vis de certains réactifs colorants, jouit de propriétés toxiques très considérables, car, injectée à des rats et à des oiseaux elle a toujours amené la mort.

Le sang de quelques-unes de ces femmes contenait en outre une matière toxique soluble.

En résumé, ces dernières recherches de MM. Doléris et Butte dans lesquelles la question microbienne est complètement passée sous silence, *semblent démontrer l'existence de substances toxiques dans le sang des éclamptiques*.

Or, cette toxicité du sang dans l'éclampsie vient d'être de nouveau confirmée par M. Chambrelent qui a fait connaître à la Société de biologie, dans sa séance du 27 février 1892, et, au congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles en septembre dernier, le résultat des recherches qu'il avait entreprises avec M. le professeur

(1) Cornil et Babes. *Les bactéries*, 2e édition, p. 387.

(2) *Patholog. Mittheil*, I, 1881.

(3) *Zeitschrift. klin. med.*, IV.

(4) Cornil et Babes. *Loc. cit.*, p. 388.

Tarnier, sur la toxicité du sérum sanguin des femmes éclamptiques.

On sait, ainsi que l'a démontré en France le professeur Bouchard, que dans l'éclampsie, l'urine bien qu'elle soit souvent éliminée en petite quantité est cependant privée en grande partie des propriétés toxiques que l'on observe dans l'urine normale. Or, MM. Tarnier et Chambrelent ont recherché si ces éléments toxiques qui, chez les éclamptiques ne se trouvaient plus dans l'urine, n'étaient pas retenus dans les liquides de l'organisme. Dans six cas d'éclampsie puerpérale qui ont donné lieu à une vingtaine d'expériences, ils ont toujours constaté que la toxicité du sérum sanguin était supérieure à ce qu'elle est dans le sérum physiologique. Dans quelques cas mêmes, ayant observé simultanément la toxicité de l'urine et du sérum, ils ont trouvé que cette toxicité variait en raison inverse dans l'urine et dans le sérum.

Enfin, cette toxicité du sérum était d'autant plus considérable que les phénomènes éclamptiques étaient plus graves.

M. Bar, qui a fait des expériences dans le même sens est arrivé aux mêmes conclusions.

Mais d'où vient cette toxicité, cet empoisonnement du sang ?

Les phénomènes cliniques et les lésions anatomiques de l'éclampsie puerpérale sont bien de nature à faire naître l'idée d'un *empoisonnement*.

Les récentes et si curieuses recherches anatomo-pathologiques de Schmorl (1), qui a trouvé dans le cerveau et dans les reins d'éclamptiques des embolies de cellules hépatiques en dégénérescence graisseuse, alors que le foie avait subi une dégénérescence analogue avec nécroses partielles, semblent bien indiquer l'irruption subite dans l'organisme d'un véritable poison, ainsi que le fait remarquer le professeur Kaltenbach (2).

---

(1) *Naturf.-und Arzte-Vers.*, Halle, 1891. September path. anat. Sektion.

(2) Zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie, par R. KALTENBACH, Halle a/S. In *Cent. f. Gyn.*, 21 mai 1892, p. 377.

Mais où chercher la cause première de cet empoisonnement ?

Est-ce dans l'organisme de la femme ?

Ces phénomènes convulsifs sont-ils produits par certains corps fabriqués par elle, qui, comme l'acétone, ainsi que l'admet Stumpf (1), sont susceptibles de provoquer les accidents cérébraux les plus terribles et semblables à ceux qu'on observe dans l'éclampsie ?

Est-ce une toxine produite par la femme elle-même qui doit être regardée comme la cause de l'éclampsie, ou bien est-ce une toxine sécrétée par un microbe qui a trouvé dans l'organisme maternel modifié par la gestation un terrain favorable à son évolution et à son développement ?

En un mot, *l'éclampsie est-elle une auto ou une hétéro-intoxication ?* (*A suivre.*)

DE LA PHYSOMÉTRIE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT AVEC OU SANS PUTRÉFACTION DU FŒTUS

Par Mme Henry, sage-femme en chef à la Maternité.

Le Dictionnaire de médecine (Littré et Robin) définit ainsi cet état singulier :

« PHYSOMÉTRIE. — Distension de l'utérus par des gaz. Ces « gaz accumulés dans l'utérus sont *presque toujours* le pro« duit de la décomposition putride des débris de fœtus ou de « placenta (si la femme est récemment accouchée) ou la « décomposition de quelques caillots menstruels. »

Pour le sujet que je désire traiter, je demande à souligner les mots *presque toujours*.

En obstétrique, les cliniciens disent volontiers *toujours*, ne considérant pas comme appartenant à la physométrie les cas dans lesquels l'air ambiant est introduit directement

---

(1) *Munschener Wochenschrift*, 1887, nos 35 et 36, et SCHŒFFER. *Cent. f. Gyn.*, 1er octobre 1892, p. 762.

dans la cavité utérine, soit entre l'œuf et la surface interne de l'utérus, soit directement dans la cavité amniotique.

Ces faits, pourtant, ne sont pas très rares et le mécanisme suivant lequel ils se produisent est facile à expliquer.

Entre l'œuf et l'utérus l'air peut pénétrer pendant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement.

Pendant la grossesse. — Lorsqu'on pratique des manœuvres pour provoquer l'accouchement prématuré, soit à l'aide d'instruments où à l'aide de douches utérines, dans ce cas, l'air peut même, en pénétrant avec force, être poussé directement dans les sinus utérins et déterminer la mort subitement (1).

Pendant le travail de l'accouchement, lorsque l'œuf est en partie décollé, l'air doit pénétrer souvent entre l'utérus et les membranes, et reconnaître comme causes celles que j'indique plus bas pour expliquer l'introduction de l'air dans la cavité amniotique ; mais nous n'avons pas d'observations à l'appui de ce fait. Dans ce mémoire nous nous occupons principalement de l'introduction de l'air dans la cavité de l'œuf.

Lorsque les membranes sont rompues, si la partie fœtale ne ferme pas hermétiquement le segment inférieur de l'utérus, on comprend qu'au moment où l'on pratique le toucher vaginal, l'air puisse pénétrer dans la cavité amniotique.

Si la partie fœtale appuie sur l'orifice utérin, pendant les recherches pour établir le diagnostic de la présentation ou de la position, souvent le doigt soulève la partie fœtale et l'air trouve une porte d'entrée ; à plus forte raison, en sera-t-il de même pendant une opération obstétricale.

L'air peut encore pénétrer pendant qu'on fait une injection vaginale, soit parce que l'injecteur n'a pas été suffisamment purgé, soit au moment où l'on écarte les parois du vagin pour introduire la canule.

S'il y a peu d'air accumulé, on voit au moment de l'expulsion de la dernière partie fœtale (pieds ou tête), le liquide qui

---

(1) Observation communiquée à la *Société de chirurgie*, 15 avril 1885, par M. le professeur Depaul.

s'échappe sortir spumeux, en bouillonnant légèrement et en produisant même, quelquefois, un peu de bruit.

Ces faits sont connus, mais il n'ont pas été classés et peu d'accoucheurs, je crois, admettront avec nous que l'air introduit de cette façon puisse, *l'enfant étant vivant*, devenir une cause de fermentation du liquide amniotique suffisante pour déterminer une production gazeuse assez considérable pour nécessiter une intervention obstétricale.

Les cas poussés à ce point sont, du reste, rares ! Pourtant, nous avons plusieurs observations absolument concluantes et qui, nous l'espérons, entraîneront la conviction du lecteur (1).

Nous venons de dire que tous les accoucheurs connaissaient ces faits ; la preuve c'est que tous ou presque tous, admettent le vagissement intra-utérin.

Pour comprendre ce vagissement, il faut admettre qu'il y a eu, au préalable, introduction de l'air dans la cavité amniotique et de là dans les bronches du fœtus. Tout le monde sait, d'ailleurs, que le fœtus fait des mouvements d'inspiration pendant la vie intra-utérine, lorsqu'il souffre.

Si la cavité amniotique est close, il n'entre, pendant ces mouvements, que du liquide dans les bronches ; mais, si les membranes sont rompues et s'il y a de l'air autour du fœtus, on comprend facilement que dans des efforts d'inspiration cet air puisse s'introduire dans les voies aériennes et qu'il se produise, pendant l'expiration, le bruit désigné sous le nom de vagissement intra-utérin (2).

Nous n'avons jamais entendu ce vagissement, mais nous l'admettons et cela d'autant plus volontiers que nous avons une observation dans laquelle nous voyons qu'un fœtus né mort, n'ayant pas été insufflé au moment de sa naissance, autopsié une demi-heure après son expulsion, présentait des poumons surnageant et qui avaient l'aspect de poumons d'enfant ayant respiré pendant deux heures au moins (3).

---

(1) Voir l'observation de la femme Jacques et de la femme Josse.

(2) Voir l'observation Marie.

(3) Observation de la nommée Le Drin.

Il nous était utile, pour faire admettre ce qui va suivre, d'établir bien nettement la possibilité de l'entrée de l'air dans la cavité amniotique lorsque les membranes sont rompues. Ajoutons que cet air, une fois introduit, peut augmenter de volume.

Pour expliquer sa dilatation nous pouvons invoquer plusieurs causes : d'une part, la dilatation de l'air peut reconnaître pour cause la chaleur, d'autre part, la compression moins grande exercée par les parois utérines lorsque les contractions s'affaiblissent. L'air étant, quand il est comprimé, un ressort parfait, il n'est pas étonnant que les contractions diminuant (nous l'avons observé plusieurs fois) cet air comprimé se dilate, fasse pression sur les parois utérines et les force à s'écartor du fœtus.

En outre, quand de l'air a pénétré dans l'utérus, l'élévation de sa température et sa décompressibilité suffisent pour expliquer la formation de nouveaux gaz comme cela nous a été absolument démontré par les intéressantes expériences que M. Prunier, pharmacien en chef de la Maternité, a bien voulu faire à ma requête sur le dégagement gazeux du placenta et du liquide amniotique placés dans certaines conditions.

Nous consignons ici, le résultat de ces expériences et nous prions M. Prunier de bien vouloir ainsi que son interne, M. Moulin, accepter nos plus sincères remerciements.

Nous remercions de même M. le professeur Pinard de la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition son laboratoire de la clinique Baudelocque. Nous le remercions aussi d'avoir autorisé M. Potocki, son chef de clinique, à nous communiquer une observation de son service, laquelle est consignée dans ce mémoire.

EXPÉRIENCES

Les expériences relatées ci-dessous ont été instituées en vue d'évaluer approximativement le dégagement gazeux provenant :

1° Du placenta; 2° du liquide amniotique; 3° du mélange de liquide amniotique et de méconium, en les plaçant séparément dans des appareils maintenus aux environs de 38° et disposés de façon à mesurer le volume des gaz dégagés.

Pour le placenta l'appareil est unique. Il se compose d'une cloche en verre, reposant sur une cuve à mercure et muni à sa partie supérieure d'un manomètre à eau.

Le volume intérieur de cette cloche a été préalablement jaugé. On y introduit un placenta de volume connu. Le tout est alors placé dans une étuve à température réglée.

Au commencement de chaque expérience le contenu de la

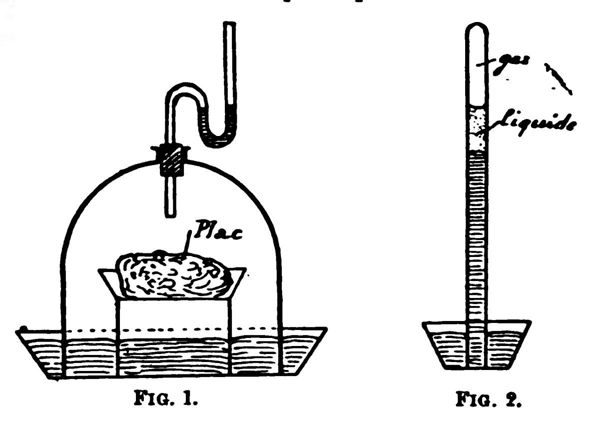


FIG. 1. FIG. 2.

cloche (air et placenta) se trouve à la température de l'étuve. Le manomètre accuse le même niveau dans les deux branches.

La température reste constante, et après un contact assez prolongé (jusqu'à un maximum de 48 heures) on observe une augmentation de volume du gaz, variable avec la durée de l'expérience.

Pour les liquides amniotiques, outre l'appareil à cloche, nous avons employé une éprouvette graduée dans laquelle les liquides mis en expérience étaient mesurés rigoureusement sur le mercure avec ou sans le contact de l'air. L'éprouvette a été ensuite placée dans la même étuve réglée qui déjà contenait l'appareil à cloche.

travail, sur la néphrite gravidique, paru il y a quelques jours, dans le recueil des leçons cliniques de Volkmann; victime aussi, des troubles de la circulation utéro-placentaire causés par les attaques convulsives. D'autres enfants succombent pendant l'accouchement même, surtout au moment de leur extraction; d'autres enfin, naissent vivants, mais incapables de vivre, ils meurent peu après leur naissance.

Sur les 23 cas d'éclampsie auxquels je faisais allusion, il y a un instant, 12 enfants avaient succombé!

On comprend, dès lors, l'importance qu'il y a pour l'accoucheur, de rechercher la cause d'une affection qui produit de si terribles ravages, afin d'arriver à en diminuer la fréquence ou tout au moins, à en atténuer les désastreux effets.

Le professeur Depaul qui avait discuté avec soin dans ses *Leçons cliniques* (1) les différentes hypothèses émises au sujet de la pathogénie de l'éclampsie disait qu'elles pouvaient se rapporter aux quatre divisions suivantes :

1° L'éclampsie est causée par la congestion cérébrale;

2° L'éclampsie est une névrose;

3° L'éclampsie est le résultat d'une lésion rénale;

4° L'éclampsie est le résultat d'une altération du sang.

Il terminait cette étude critique par ces paroles (2) : « Je repousse la congestion cérébrale, la névrose, le mal de Bright, comme causes essentielles de l'éclampsie; il peut se faire qu'une congestion cérébrale succède aux attaques.... une femme épileptique peut-être éclamptique.... Je ne repousse pas formellement l'existence d'une maladie de Bright antérieure, mais ce sont, à mon avis, des circonstances exceptionnelles qu'on ne peut pas toujours invoquer. Si je n'accepte pas davantage les théories de l'urémie, de l'urinémie ou de la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque, je n'en crois pas moins que c'est à *une altération du sang*

(1) *Loc. cit.*, p. 804.
(2) *Ibid.*, p. 328.

2e *Observation.* — Température 38°, 2 c. c. de liquide ont donné 12 c. c. de gaz.

Soit 6 fois le volume du liquide.

B. — Le liquide n'a pas été en contact avec l'air.

3e *Observation.* — Température 39°, aucun dégagement ne s'est manifesté même au bout de 64 heures.

Expériences avec cloche jaugée (même appareil que pour le placenta).

1re *Observation.* — Après 48 heures, 40 c. c. ont donné 93mm de dénivellation, correspondant à un dégagement gazeux de 56 c. c. La température étant de 39°.

2e *Observation.* — Après 64 heures 50 c. c. de liquide ont donné 76mm de dénivellation, correspondant à un dégagement de 45 c. c. La température étant de 38°.

III. — MÉLANGE DE MÉCONIUM ET DE LIQUIDE AMNIOTIQUE

Observation. — La température étant de 35°, après 48 heures 55 c. c. de liquide ont donné 62mm, dénivellation correspondant à un dégagement de 36 c. c. (1).

Ne nous occupant de cet état qu'au point de vue de la dystocie, nous ne l'étudierons que pendant le travail de l'accouchement.

DIVISION DU SUJET

Ce qui précède étant admis, nous pouvons distinguer deux causes de physométrie : la première est due à l'introduction de l'air dans la cavité utérine et à la formation de gaz, sans putréfaction appréciable, l'enfant étant vivant. La deuxième à la production de gaz de putréfaction dans cette même cavité l'enfant étant mort.

Les observations de physométrie par putréfaction du fœtus sont très nombreuses. On en trouve au chapitre de la dystocie fœtale dans presque tous les traités d'accouche-

(1) Ce travail a été fait aux laboratoires de M. Prunier et de M. Lepage.

ments anciens ou nouveaux. Guillemeau, sur ce sujet, dit : « Si l'enfant mort demeure longtemps au ventre de la « mère, il peut facilement se corrompre et non seulement la « teste, poitrine et ventre inférieur se peuvent enfler et rem- « plir de vents et aquositez ; mais aussi les jambes et pieds « s'enflent et bouffissent. Telle bouffissure peut aussi advenir « par tout le corps, encore que l'enfant soit vif, ayant une « hydrocéphale, ou hydropisie aux poulmons et ventre, « même estant leucophlegmatique.

« Tel accident advenant à l'enfant estant vif, il le faut « secourir comme estant vif sans faire accoucher la mère au « détriment de l'enfant : mais s'il est mort, et que l'on reco- « gnoisse que la teste, poictrine, ou ventre inférieur soient « enflez et remplis de vents ou aquositez ; il faudra que le « chirurgien, en glissant sa main dedans la matrice, porte « dans le creux d'icelle un petit cousteau courbé, et tran- « chant, tel qu'il est icy représenté et figuré : et d'iceluy « fendre et inciser la partie, comme teste, poictrine ou ven- « tre dedans laquelle seront enfermez les vents et eaux, les- « quelles sortiront et amoindriront l'enfant, lequel sera après « plus facilement et avec moins de peine tiré hors le ventre « de la mère. »

Dans son article Embryotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, M. le Dr Guéniot cite deux observations de fœtus emphysémateux et montre, à ce propos, les difficultés qu'on peut rencontrer à pratiquer cette opération dans ce cas.

Les faits de physométrie avec putréfaction et emphysème du fœtus nécessitant une intervention sont donc connus depuis très longtemps, mais nous croyons que cette question n'a pas été étudiée au point de vue de la dystocie causée par l'inertie utérine laquelle serait, d'après nous, le résultat de la distension de l'organe par des gaz, quelle qu'en soit la nature.

Dans un cas observé par nous, cette distension était telle que nous avons pu avoir la crainte (exagérée peut-être) de

voir l'utérus se rompre sous l'influence de cette pression intra-utérine par des gaz (1).

MARCHE. — La marche est à peu près la même dans les deux cas. Un peu d'air s'est introduit dans la cavité amniotique ou quelques gaz de putréfaction se sont formés, — on ne s'apercevra peut-être de leur présence qu'au moment de l'expulsion du fœtus.

Si la physométrie est plus considérable, l'utérus deviendra facilement inerte, ce qui permettra aux gaz de se détendre et d'occuper plus de place. Alors, l'utérus se développera de plus en plus et les phénomènes causés par la distension utérine s'accuseront aussi de plus en plus. Dyspnée, œdème et congestion des organes génitaux externes.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile. Dans les cas simples, il faut surtout y penser pour les diagnostiquer, sans cela cet état passe inaperçu ; on assiste alors, à la sortie de ces gaz, au moment de l'expulsion du fœtus, sans la remarquer, toute l'attention, à ce moment, étant occupée aux soins que l'on est obligé de donner à la mère et à l'enfant.

Cependant, le diagnostic peut-être très facilement établi, grâce aux signes fournis par la percussion. Partout où ces gaz existent il y a de la sonorité et la zone de sonorité va en augmentant à mesure que le volume de gaz augmente.

Si c'est l'air qui développe l'utérus, sans putréfaction, l'absence de fétidité, la persistance des battements du cœur du fœtus et le bon état général de la mère nous ont souvent permis de faire le diagnostic.

Si la physométrie est due, au contraire, à des gaz de putréfaction : la mort du fœtus, l'extrême fétidité des gaz qui s'échappent des voies génitales, le mauvais état général de la femme qui présente tous les signes généraux de l'empoisonnement septique : atonie générale, fréquence et petitesse du pouls, facies grippé, fétidité repoussante de l'haleine, voix éteinte, aspect asphyxique, marbrures violacées sur

(1) Voir les observations de la femme Franck Paris et de la nommée Boucher.

toute la surface du corps, comme dans le choléra; et de même que dans cette dernière maladie (dans les cas extrêmes) on remarque l'algidité qui précède de peu de temps la mort (1).

Diagnostic différentiel. — Le volume du ventre, la tension exagérée et la dureté des parois utérines pourraient faire croire à une distension de l'organe par une grossesse gémellaire, par l'hydropisie de l'amnios ou par une hémorrhagie intra-utérine; mais un peu d'attention et la percussion permettront d'éviter cette erreur.

PRONOSTIC. — Le pronostic est différent suivant les cas. Si l'enfant est vivant, il est habituellement favorable pour la mère et pour l'enfant; pourtant il nous a semblé que celui-ci était plus exposé qu'un autre à avoir de l'ophtalmie. Nous avons même vu, dans ces cas, quelques enfants naître avec du gonflement des paupières et une rougeur très intense des conjonctives palpébrales.

Lorsque le fœtus a rendu son méconium, le pronostic est plus défavorable; le liquide amniotique devient fétide et probablement plus septique, et l'on voit, pendant les suites de couches, les femmes être plus exposées que les autres aux accidents puerpéraux, et les enfants aux accidents septiques.

Dans le cas où la physométrie est le résultat de la décomposition du fœtus, le pronostic, pour la mère est très grave et sa gravité augmente s'il y a un obstacle à l'accouchement nécessitant une opération sanglante sur la mère (2).

Nous avons vu plusieurs femmes dans ces conditions, amenées mourantes à la Maternité, succomber peu de temps après leur arrivée.

TRAITEMENT. — Les indications à remplir sont différentes suivant que l'enfant est vivant où qu'il est mort.

Vivant, on n'interviendra que lorsqu'il y aura inertie uté-

(1) Voir l'observation de la femme Boucher.

(2) Voir l'observation de la femme X et celle de la nommée Gely, femme Blasi.

rine. Après l'accouchement on entourera la mère et l'enfant de toutes les précautions nécessaires pour lutter contre les accidents septiques possibles que nous signalons plus haut.

Si l'enfant est mort, on terminera l'accouchement rapidement en évitant, autant que faire se pourra, de dilacérer les parties maternelles. Dans ce but on n'hésitera pas à mutiler le fœtus.

Le fœtus extrait on devra hâter la délivrance en ayant fait, au préalable, des injections vaginales et intra-utérines; après la sortie de l'arrière-faix il sera utile de laver la cavité utérine, afin d'empêcher ou de combattre les accidents septiques.

On surveillera attentivement l'utérus qui, dans ces cas, a tendance à rester inerte ce qui expose la malade aux hémorrhagies.

Ne pas oublier les avantages que l'on retire de l'alcool dans la septicémie, ainsi que des injections iodées préconisées par M. le professeur Tarnier.

OBSERVATIONS

Mort survenue en une demi-minute à la suite de l'entrée de l'air dans les veines utérines et plus tard dans le cœur, chez une femme enceinte pour la quatrième fois (1).

Le 15 avril 1855, M. Depaul fut appelé par une sage-femme, pour accoucher, rue Neuve-Guillemin, une jeune femme en travail depuis deux jours.

Cette femme, âgée alors de 19 ans, était de très petite taille, rachitique, elle avait à peu près l'apparence d'un enfant de 10 à 11 ans, bien constitué et bien développé. Elle se souvient avoir entendu dire à ses parents que, jusqu'à l'âge de trois ans elle avait été nouée, qu'on l'avait regardée comme rachitique, et qu'elle n'avait marché qu'après la troisième année.

Les difformités se remarquent surtout aux membres inférieurs, les membres supérieurs ne présentent qu'un arrêt de développement peu prononcé, les extrémités articulaires sont peu volumi-

(1) Observation communiquée par M. Depaul à la *Société de chirurgie*, 9 juillet 1860.

neuses ; aux membres inférieurs l'on constate une déformation du tibia, du péroné et du fémur qui présente une courbure en arc de cercle facile à distinguer à travers les parties molles. La colonne vertébrale est droite, le bassin est déformé, et le diamètre antéro-postérieur du détroit n'est que de 7 cent. 1/4 à 7 cent. 1/2 au plus.

Les règles ont apparu pour la première fois à 16 ans. La santé a toujours été bonne chez cette femme qui se maria en 1854 et devint enceinte dans les premiers jours du mois d'août. Elle arriva au terme de sa grossesse le 13 avril ainsi que l'indiquait le développement de l'utérus et du fœtus.

Le travail ne présenta d'abord rien de particulier si ce n'est la difficulté d'atteindre la partie qui se présentait. Au bout de 48 heures la dilatation du col fut complète et les eaux bombaient au travers de l'orifice. La sage-femme rompit la poche, il s'écoula une grande quantité de liquide mais la tête resta au-dessus du détroit abdominal.

Le troisième jour à 7 heures du matin M. Depaul reconnut une présentation du sommet en O.I.D.P. Les douleurs étaient vives, intermittentes, mais très rapprochées, il y avait des efforts d'expulsion considérables, et depuis la veille une anse du cordon ombilical s'était engagée ; le cordon ne battait plus, et à l'auscultation on ne percevait plus les battements du cœur de l'enfant. Après avoir encore attendu une heure à une heure et demie, M. Depaul fit la perforation du crâne, avec les ciseaux de Smellie, ordinaires, et comme il ne s'était pas muni du céphalotribe, il fit une application de forceps après la perforation du crâne et après l'écoulement de la matière cérébrale. Il extraya un enfant volumineux qui pesait 8 livres environ ; l'extraction fut assez facile, la malade se rétablit très vite, elle fut en état de reprendre ses occupations au bout de 15 jours.

M. Depaul conseilla à cette malade de ne plus redevenir enceinte, et dans le cas où elle aurait une nouvelle grossesse, il l'engagea à venir le voir dès le début.

Deux ans après, elle vint, en effet, dans les premiers mois de sa deuxième grossesse, dont tous les signes étaient évidents ; il fut convenu que, lorsqu'elle serait arrivée au 8e mois, on provoquerait l'accouchement et que l'enfant pourrait être amené vivant. A l'époque fixée, une première douche vaginale fut administrée,

elle amena des contractions utérines, et après six douches, la dilatation qui se fit peu à peu, devint complète, mais, la tête qui se présentait ne s'engagea point dans l'excavation du bassin.

Obligé de partir en province, M. Depaul, prie M. Blot, agrégé de la Faculté, de donner des soins à sa malade. Il fit, d'abord, une application de forceps ordinaire, qui fut inutile, alors, après avoir attendu quelque temps, voyant que la vie de l'enfant était fort compromise, il pratiqua la perforation du crâne, et appliqua le céphalotribe après l'écoulement de la matière cérébrale; mais l'instrument fut en vain appliqué à plusieurs reprises, l'enfant ne put être extrait, il fallut faire la version et il éprouva les plus grandes difficultés à extraire la tête. Les suites de couches furent très graves cette fois; il y eut une métro-péritonite, contre laquelle on employa les onctions mercurielles et autres moyens indiqués en pareil cas; la malade fut complètement rétablie au bout d'un mois à 5 semaines.

Cette femme eut une troisième grossesse, mais, à deux mois et demi, elle fit, heureusement pour elle, une fausse couche.

Le 28 octobre 1859, les règles vinrent, une quatrième grossesse débuta vers le 10 novembre; cette fois, M. Depaul, résolut de provoquer l'accouchement à 7 mois 1/2.

En effet, le 20 juin 1860, il se rendit chez cette femme, qui demeurait rue Duguay-Trouin, accompagné de M le Dr Tarnier, qui venait d'être nommé agrégé à la Faculté dans la section d'accouchement. Une première douche vaginale fut administrée avec l'appareil en caoutchouc de M. Mathieu. Elle détermina de la douleur et quelques contractions. Le soir, une deuxième douche fut administrée par la sage-femme, il ne se passa rien de particulier.

Le 21, le Dr Tarnier voulut administrer une troisième douche, mais l'instrument ne pouvant fonctionner, la douche ne fut pas donnée. Prévenu de ce qui était arrivé, M. Depaul se munit, pour le soir, de l'appareil de la clinique d'accouchement : celui-ci consiste dans un clyso-pompe muni de deux tubes, dont l'un plonge dans un seau auquel l'instrument est fixé, et dont l'autre offrant une longueur beaucoup plus considérable que le premier se termine par une canule en gomme élastique.

Ayant placé son doigt contre le col utérin, l'opérateur glissa sa canule, mais la maintint à 1 centim. ou 1 cent. 1/2 environ de l'orifice de la matrice, et l'on fit fonctionner l'appareil. Rien de

particulier ne se passa d'abord, il y eut seulement quelques douleurs, puis quatre à cinq minutes après, il se fit entendre un bruit particulier annonçant qu'il sortait de l'air; néanmoins, toutes les parties de l'appareil étaient bien en place, le tube aspirateur plongeait toujours au fond de l'eau et, après s'être assuré encore que l'appareil fonctionnait bien, on continua l'administration de la douche. Tout marcha bien encore pendant quelques instants, mais plus tard, il se produisit dans le vagin du gargouillement, et, en même temps, la malade se plaignit de douleurs beaucoup plus vives. M. Depaul chercha à l'encourager et continua l'opération, pour la troisième fois l'air sortit du tube avec l'eau, et il se produisit encore un gargouillement dans le vagin ; la canule fut alors retirée, et M. Depaul engagea la malade à se lever et à marcher un peu dans la chambre. Mais au moment où elle voulut se lever, elle pâlit et tomba à la renverse, le pouls radial était devenu insensible et le cœur avait cessé de battre ; on chercha pendant 12 minutes à la ranimer, mais tous les moyens employés furent inutiles ; elle fit encore trois inspirations incomplètes, ce qui donna une lueur d'espoir, mais la troisième inspiration fut la dernière, la mort était définitivement arrivée.

Espérant alors extraire un enfant vivant, M. Depaul, procéda immédiatement à l'opération césarienne et fit à la paroi abdominale, une longue incision étendue des pubis à l'ombilic. Arrivé sur l'utérus, au lieu de le trouver d'un rouge brun, et comme noirâtre, ainsi que cela arrive toujours lorsqu'on pratique la césarienne, il était rose pâle, décoloré.

Une première incision, qui n'intéressait qu'une partie de la paroi utérine, donna lieu à la sortie d'un liquide mousseux, sanguinolent, au lieu de laisser couler du sang noirâtre comme à l'ordinaire. A chaque incision de la paroi utérine, il s'échappa ainsi du sang en grande quantité, et, de temps en temps, quelques bulles d'air; enfin, au moment où le bistouri pénétra dans la cavité utérine, il s'échappa à travers les lèvres de la plaie une certaine masse d'air venant de la matrice, où elle était contenue entre les membranes et la face interne de l'utérus, car les membranes n'étaient pas encore incisées. M. Depaul fit alors, l'ouverture de la poche des eaux, et rencontra, d'abord, un bras du fœtus, dont la tête était à la partie inférieure de l'utérus. Il fit immédiatement l'extraction de l'enfant, qui était une petite fille, et qui ne donnait pas signe de vie.

Néanmoins, après l'avoir excitée au moyen de frictions, flagellations, il la mit dans un bain d'eau et de vin chauds, fit l'insufflation pulmonaire de bouche à bouche, n'ayant pas sur lui son tube laryngien; et au bout d'un quart d'heure, il parvint à ranimer cet enfant qui n'a vécu que 15 heures.

Après avoir donné tous ces soins à l'enfant, M. Depaul, voulut, bien que la femme fut morte, extraire le placenta, il le trouva décollé dans une petite étendue, et à mesure qu'il décollait le délivre, il sortait du sang, et des bulles d'air qui se trouvaient entre la face interne de l'utérus et le placenta.

Il est bien à regretter que l'autopsie ait été refusée par la famille, car, il aurait été important, comme l'a dit M. Velpeau, d'examiner l'état des viscères et celui du cœur en particulier. Si l'on eut pratiqué la percussion, on aurait peut-être trouvé une sonorité, exagérée, dans la région précordiale, comme cela a été constaté, dans quelques cas auxquels M. Richet a fait allusion.

Du reste, le décollement du placenta, qui existait dans une certaine étendue, permet la possibilité de l'introduction de l'air dans les sinus utérins. qui offrent, ainsi que M. Robert l'a rappelé, un calibre assez considérable. Quant à la pénétration de l'air dans les veines utérines et plus tard, dans le torrent circulatoire de la veine cave inférieure, on peut, avec M. Depaul, s'en rendre compte de la manière suivante :

L'air, ayant une fois pénétré dans la cavité utérine, entre les membranes et la face interne de l'utérus, s'est trouvé en quelque sorte, emprisonné pendant les contractions de la matrice, absolument comme l'eau de l'amnios y est retenue après que la poche a été percée : car alors, l'eau de l'amnios s'écoule au commencement de chaque contraction utérine et à son déclin, mais, pendant la contraction, la tête de l'enfant bouche si exactement l'orifice utérin, que l'eau ne peut sortir.

A la fin de chaque contraction, l'air entrant dans la matrice, a été, en quelque sorte, aspiré par les orifices béants des sinus utérins et porté de là dans le système veineux de l'utérus d'où il est amené dans la veine cave inférieure et de là au cœur, où il a été apporté par le sang.

De plus, si l'on fait attention, avec M. Huguier, que le bruit de gargouillement, s'est fait entendre à trois reprises différentes et que, n'étant pas prévenu de ce qui pouvait arriver, on a dû continuer

l'injection, l'on peut admettre, que l'air a dû être, en quelque sorte, poussé dans le système veineux utérin, par les nouvelles quantités d'eau, qui pénétraient incessamment dans le vagin.

Il y a donc eu, dans ce cas, injection d'eau, et à la fin de chaque contraction de la matrice, aspiration de ce fluide par les orifices béants des sinus utérins ; ainsi, toutes les conditions désirables, pour la pénétration de l'air dans les veines, ont été remplies.

Mais comment de l'air a-t-il pu s'introduire dans le corps de la pompe et de là dans le tube à injection? Y avait-il un vice de construction de l'appareil? le piston, les soupapes ne fonctionnaient-ils pas convenablement? C'est pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard que M. Depaul a fait examiner par M. Charrière l'appareil dont il s'était servi.

L'instrument a été trouvé en parfait état ; la cause de l'introduction de l'air en même temps que l'eau doit donc être cherchée ailleurs. En effet, on observe que si l'on suspend un moment l'injection, une petite quantité d'air se précipite à travers l'orifice de la canule, et dès que l'on recommence à faire jouer le piston de la pompe, il ressort, et sa présence se manifeste par les bulles d'air que l'ont voit aisément si l'on plonge la canule dans un verre plein d'eau. Mais lorsque la canule est dans le vagin, elle est horizontale, et l'on conçoit difficilement comment peut s'y introduire de l'air, celui qui arrive alors, dans le tube à injection, doit y avoir pénétré d'une autre façon.

M. Morel-Lavallée a fait observer que si l'on aspire le liquide en tirant doucement le piston, il n'entre que de l'eau dans le corps de la pompe, mais il peut y pénétrer un peu d'air si l'on relève brusquement le piston ; d'un autre côté, il peut se faire, que le corps de la pompe, n'ait pas exactement le même calibre dans toute son étendue, et que de l'air s'interpose entre le piston et la paroi du corps de la pompe.

Tumeur fibreuse opposant un obstacle absolu à l'accouchement. Opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires d'après la méthode de Porro. Physométrie. Mort (1).

Mme X..., primipare, 33 ans, de bonne constitution, habituellement bien portante, a quelquefois ressenti un peu de lassitude dans

(1) Observation recueillie par M. le Dr Maygrier et publiée par lui en 1880 (*Etude sur l'opération de Porro*).

le bas-ventre ; depuis deux ans elle est atteinte d'une hernie inguinale gauche, qui est maintenue par un bandage.

Les règles, apparues pour la première fois à 12 ans, sont, depuis cette époque, venues régulièrement tous les vingt-sept jours. La première menstruation du 17 au 21 avril 1878. Rapprochements sexuels le 22 avril, le 30 avril et le 19 mai.

A partir de la fin de mai, Mme X..., éprouve tous les symptômes d'une grossesse.

Le Dr Reinvillier, médecin de Mme X..., après avoir constaté l'existence d'une tumeur fibreuse, occupant l'excavation pelvienne, demande l'avis de son confrère M. Tarnier qui, le 16 janvier 1879, examine la malade pour la première fois, et exprime de grandes craintes sur l'issue probable de l'accouchement.

Le 18 janvier, les Drs Depaul, Reinvillier et Tarnier, réunis en consultation, constatent les faits suivants : le ventre est volumineux ; le fond de l'utérus remonte jusqu'à la région épigastrique. Par le palper, on sent facilement le fœtus qui se présente par l'extrémité céphalique ; sa tête est située dans une espèce de loge saillante, que l'utérus forme au-dessus et un peu en avant du pubis. Les battements du cœur sont nettement perçus.

En pratiquant le toucher, on trouve une énorme tumeur fibreuse qui remplit toute l'excavation pelvienne et refoule le col de l'utérus en haut et en avant, derrière le corps du pubis où il est difficilement accessible au doigt. Cette tumeur est peu mobile.

Une autre tumeur fibreuse, moins volumineuse que celle dont nous venons de parler, occupe la paroi latérale gauche de l'utérus où elle est sentie par le toucher.

D'un commun accord, il fut convenu qu'il fallait attendre et que peut-être, pendant le travail de l'accouchement, les contractions utérines déplaceraient la tumeur, ainsi que MM. Depaul et Tarnier l'avaient vu plusieurs fois dans d'autres circonstances. Si ces espérances ne se réalisent pas, on devra pratiquer l'opération césarienne.

Au sortir de cette consultation, M. Tarnier, pour parer à toute éventualité, prit toutes les dispositions nécessaires pour une opération de Porro, et prévint les aides dont il avait besoin,

Mme X... fut placée à Neuilly, dans une maison de santé où elle continua à recevoir les soins du Dr Reinvillier.

Le 17 février 1879, la malade étant arrivée au terme de sa gros-

sesse, ayant peut-être dépassé ce terme de quelques jours, les membranes de l'œuf se rompirent et du liquide amniotique, teinté de méconium, s'écoula en abondance, Quelques contractions utérines apparurent pour disparaître bientôt.

Même état les trois jours suivants.

Le 21. Les mouvements de l'enfant cessèrent et la disparition des battements du cœur fœtal ne laissa aucun doute sur la mort de l'enfant.

Le 22 et le 23, il y eut du malaise, quelques petits frissons, des vomissements, et le liquide qui s'écoulait par le vagin devint progressivement fétide.

Le 23. Le pouls s'éleva à 120.

Le 24. Même état. De plus, la langue est sèche; des gaz se sont développés dans la cavité utérine où ils rendent un son tympanique quand on percute. L'utérus ne se contracte pas, le col reste fermé et la tumeur fibreuse occupe toujours l'excavation pelvienne où elle est immobile, mais il est évident que la malade présente tous les symptômes de l'infection putride et que sa vie est en danger.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, on pratique l'opération césarienne en présence de MM. Reinvillier, Dumontpallier, Guéniot, Duplay, Léon Labbé, Polaillon, Lucas-Championnière, Pinard, Budin, Champetier de Ribes, Maygrier.

Le chirurgien et ses aides se lavent les mains dans de l'eau phéniquée. La paroi abdominale et les parties génitales de la malade sont lotionnées avec une solution d'acide phénique, et, pendant toute la durée de l'opération un appareil de pulvérisation lance sur tout le champ opératoire un nuage d'eau phéniquée ; chloroformisation.

Après avoir incisé largement la paroi abdominale sur la ligne médiane, M. Tarnier engage ses aides à presser le ventre sur les parties latérales pour faire sortir hors de l'abdomen l'utérus et ses annexes, suivant la modification apportée par Rein et Muller à l'opération de Porro. Ce résultat est bientôt obtenu et tous les assistants remarquent le volume énorme des vaisseaux qui des ligaments larges se rendent à l'utérus, et l'existence d'un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau, libre de toute adhérence sur un trajet de 8 cent. s'insérant par une de ses extrémités sur l'utérus, et par l'autre sur le ligament large. Ce cordon, de couleur

rouge, et ressemblant d'une manière frappante à un ver de terre, est constitué par une veine turgescente. Ce cordon vasculaire dont la rupture eût pu donner lieu à une hémorrhagie considérable est excisé entre deux ligatures préalables.

Pour plus de sécurité, une ligature est jetée de chaque côté sur le ligament large qu'elle traverse, de manière à étreindre les gros vaisseaux utérins dont il a été parlé plus haut.

L'utérus est alors incisé; au moment de cette incision des gaz fétides s'échappent en abondance de la matrice, et M. Tarnier fait l'extraction d'un fœtus et d'un placenta déjà putréfiés. Le tissu conjonctif de l'utérus est verdâtre et infiltré.

La surface interne de l'organe est manifestement en putréfaction.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 4 kil. 500 gr. Malgré les ligatures préalables, du sang, en notable quantité, s'échappe par la plaie utérine; il est arrêté par des pinces hémostatiques.

Par des tractions modérées, on essaye de faire sortir de l'excavation pelvienne la tumeur fibreuse qui y est engagée, mais ces tractions sont inutiles. En glissant la main à côté de cette tumeur, on reconnaît qu'elle est fixée au fond du petit bassin par des adhérences si puissantes qu'il est impossible de les rompre.

Restait à enlever l'utérus; mais la tumeur qui plongeait assez haut sur la face postérieure de la matrice mit un grand obstacle à ce temps de l'opération. Fallait-il placer un fil de fer constricteur au-dessus de la tumeur? Après avoir posé la question et consulté ses aides, M. Tarnier prit le parti d'éviter la partie centrale de la tumeur et de n'en laisser subsister que la coque extérieure. En incisant la tumeur, on en trouva le tissu ramolli et parsemé de cavités contenant un liquide putride. Un fil de fer serré à l'aide du constricteur de Cintrat fut fixé à l'union du corps et du col de l'utérus, et une broche fut placée au-dessous de ce fil de fer. Le pédicule comprenant, non seulement l'utérus, mais l'enveloppe de la tumeur fibreuse, fut maintenu au dehors. Le corps de l'utérus, et les ovaires furent ensuite excisés à un centimètre au-dessus de l'anse formée par le fil de fer.

La paroi abdominale fut suturée avec des fils d'argent, au-dessus et au-dessous du pédicule; on fit le pansement de Lister et on reporta la femme dans son lit. Trois jours après elle succombait avec les symptômes d'un empoisonnement septique.

Physométrie. Fibrome utérin. Grossesse cervicale. Opération césarienne. Mort (1).

Le 17 janvier 1887, la nommée Gely, femme Blosi, primipare âgée de 39 ans, est admise à la Maternité.

L'examen obstétrical fournit les renseignements suivants : abdomen très développé. Utérus remontant à droite, sous les fausses côtes ; à gauche, tumeur sphéroïdale paraissant greffée sur l'utérus, ayant le volume du poing, semblant pédiculée comme certains fibromes sous-péritonéaux et se contractant très manifestement à chaque douleur.

La percussion de cette masse donne une sonorité qui peut être attribuée soit au développement de gaz dans son intérieur, soit au voisinage du paquet intestinal, lequel est replié presque tout entier vers la gauche.

Par le palper, on sent la tête dans la fosse iliaque droite. Aucun bruit d'origine fœtale à l'auscultation. Col utérin très en haut, au-dessus des pubis ; il est mou et perméable dans toute son étendue. Vagin obstrué en grande partie par une tumeur volumineuse, de consistance mollasse, arrondie, semblant se prolonger par des nodosités, en arrière. La surface donne au doigt la consistance du ramollissement sans fluctuation. Membranes rompues depuis 3 jours. Écoulement de liquides fétides par les voies génitales.

Présentation élevée d'un des plans latéraux.

Les contractions utérines sont faibles et l'accouchement par les voies naturelles est impossible vu l'obstruction du vagin. La parturiente est visiblement infectée et son état est grave.

Le 18 janvier 1887, à 2 heures du matin, onze heures après l'entrée de cette femme dans la maison, M. Tarnier pratique l'opération césarienne aidé de M. Bouilly, Mme Henry et de l'interne.

Pendant cette opération l'écoulement sanguin est insignifiant. La cavité péritonéale est préservée du contact des liquides et du fœtus particulièrement fétides par une couronne d'éponges placée tout autour de l'incision de l'abdomen et de l'utérus.

La section avait été faite très haut et descendait à peine au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis ; néanmoins elle avait mis à découvert le fond de la vessie.

Après avoir incisé l'utérus, M. Tarnier aperçoit à la partie supé-

(1) Observation inédite, rédigée par M. Berthod, interne du service et communiquée par M. Tarnier.

rieure de la cavité ouverte une sorte d'éperon de chaque côté duquel il introduit le doigt. A droite, il est arrêté presque immédiatement ; à gauche, il pénètre profondément dans l'intérieur de la petite tumeur pédiculée dont nous avons parlé et qui paraît, en quelque sorte, indépendante du reste de la masse utérine. La présence de cet éperon fait immédiatement penser à un utérus bifide, l'une des cornes, la droite, ayant servi de nid au fœtus, l'autre ayant subi le développement par voisinage et formant un diverticulum distendu par des gaz développés par la putréfaction de l'œuf, mais c'était là une erreur, ainsi qu'on le verra bientôt. Le fœtus extrait est du sexe masculin, du poids de 3250 gr. légèrement putréfié, de même que ses annexes.

L'utérus revient sur lui-même aussitôt après l'extraction de l'œuf mais il reste volumineux et l'on constate toujours à la partie supérieure et à gauche, la petite tumeur surajoutée. Les parois utérines sont suturées de même que la paroi abdominale ; un drain est placé dans la cavité utérine et sort par le vagin. L'opération a duré en tout 45 minutes.

La perte de sang est minime ; néanmoins la malade succombe 12 heures après l'opération après avoir eu de la dyspnée, le pouls très accéléré et la température à 38°.

L'*autopsie* est pratiquée 24 heures après la mort. L'abdomen est ballonné ; les organes pelviens sont enlevés en masse pour être examinés plus facilement. La vessie est intacte mais très allongée.

La suture de l'utérus est sur le côté droit de l'organe ; elle a 13 centim. de long et côtoie les vaisseaux du ligament large qui n'ont pas été sectionnés. Ces vaisseaux sont extrêmement volumineux.

L'utérus, en totalité, est refoulé à gauche par la présence d'une tumeur volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte et beaucoup plus longue. Cette tumeur est un corps fibreux ramolli ; elle est moitié abdominale moitié pelvienne ; au niveau du détroit supérieur sa surface présente un étranglement correspondant au trajet de l'uretère droit, lequel est gros comme le petit doigt.

Ce fibrome très ramolli, encapsulé, paraît fixé à la partie supérieure de l'utérus.

A la partie supérieure gauche se trouve la tumeur pédiculée dont nous avons parlé ; à notre grand étonnement, elle est formée par le corps de l'utérus reconnaissable, sans aucun doute possible, à l'insertion des deux ligaments ronds et des deux trompes qui vien-

nent aboutir à sa face antéro-latérale et se confondre avec elle ; sa cavité est distendue par des gaz et donne à la percussion un son tympanique.

Par le vagin, le col de l'utérus se montre dilaté, extraordinairement amplifié, mais nulle part rompu. L'utérus enlevé en entier est alors incisé largement.

Sa configuration interne présente les particularités suivantes :

1° La petite tumeur adventive supérieure est bien le corps utérin dont la cavité est dilatée et bordée à sa partie supérieure par un relief appréciable formant bourrelet et présentant un orifice qui n'est autre que l'orifice interne du col de l'utérus.

2° Au-dessous de ce relief on trouve une autre cavité mais beaucoup plus considérable dans laquelle était logé le fœtus. D'ailleurs on reconnaît nettement l'insertion placentaire à la partie supérieure et postérieure de cette grande cavité dans laquelle en haut et à gauche on voit l'orifice dont nous venons de parler et qui la fait communiquer avec la cavité du corps de l'utérus.

Les organes en place, la grande cavité se prolongeait plus haut que le corps de l'utérus qui était repoussé en avant et à gauche. C'est à la paroi postéro-inférieure de cette grande cavité que le fibrome est fixé par une surface d'implantation égale à une paume de main. La muqueuse qui tapisse cette cavité est tomenteuse et son examen microscopique fait reconnaître les caractères de la muqueuse du col. Au contraire, celle de la cavité supérieure est moins hypertrophiée, moins tomenteuse, quoique offrant tous les attributs de la muqueuse du corps de l'utérus jusqu'au niveau du relief qui forme la ligne de démarcation entre la grande cavité inférieure et la cavité supérieure.

Dans ce cas si singulier, nous avions donc affaire à une grossesse cervicale dont la réalité est indiscutable et nettement démontrée par l'insertion des ligaments ronds et des trompes, sur la tumeur adventive formée par le corps de l'utérus.

Anasarque. — Albuminurie. — Éclampsie. — Enfant à terme, mort pendant le travail, extrait par une application de forceps, ayant respiré dans la cavité utérine. Pas de gaz dans le tube digestif. — Guérison (1).

Le 14 juillet 1887, la nommée Le Drin se présente à la Maternité à 2 heures du soir, elle est primipare et paraît à terme d'après le

(1) Recueillie par M. Potocki, interne du service.

développement de l'utérus. Grossesse compliquée de varices, œdème généralisé, albuminurie, éclampsie.

A son arrivée à la salle, le palper permet de constater que la tête est à l'hypogastre, le dos à droite, le siège et les petites extrémités au fond de l'utérus. Le maximum des bruits du cœur fœtal est entendu à droite et en avant. Le sommet se présente en O.I.D.A. L'orifice utérin est dilaté comme une pièce de 1 franc, les membranes sont entières. L'angle sacro-vertébral est difficilement accessible. Pas d'albumine dans les urines à ce moment. Néanmoins le régime lacté absolu est ordonné à cette femme et on lui donne même du chloral, car elle semble menacée d'éclampsie.

Contractions utérines énergiques ; rupture spontanée des membranes à la dilatation grande comme une pièce de 2 francs, le 15, à 2 heures du matin. La tête s'abaisse et la dilatation est complète à 4 heures du matin.

A 5 heures du matin la tête est sur le plancher périnéal. Elle est retardée dans son dégagement par une résistance exagérée de l'orifice hyménéal. Accès d'éclampsie très violent. Inhalations de chloroforme. Auscultation nulle. Cyanose, dyspnée. Application de ventouses sèches. Administration de 3 grammes de chloral en lavement.

A 6 heures du matin application de forceps à l'orifice vulvaire. Extraction d'un fœtus mort du poids de 2950 gr. Une pince est mise immédiatement sur le cordon. On le sectionne ensuite, il n'y a pas de battements du cœur ; depuis 5 heures du matin on ne les entend plus. On ausculte l'enfant immédiatement après son extraction et le diagnostic de sa mort est confirmé. Hémorrhagie utérine assez abondante nécessite la délivrance artificielle. Cessation de l'hémorrhagie après plusieurs injections intra-utérines chaudes.

L'enfant est bien conformé, la peau est saine partout, l'épiderme ne se laisse détacher nulle part. Nulle odeur de putréfaction, cordon légèrement coloré en vert par le méconium, mais non flasque.

L'interne de service, M. Potocki, procède de suite à l'ouverture du cadavre ; quinze minutes s'écoulent à chercher les instruments nécessaires ; personne ne touche au fœtus, personne ne pratique l'insufflation.

Après avoir examiné l'abdomen et constaté l'état des viscères, on ouvre la cavité thoracique dont on a enlevé la paroi antérieure ;

cette cavité est remplie par des poumons rosés, ressemblant aux poumons d'enfant ayant respiré. Ils surnagent en totalité. Le thymus enlevé pèse 6 gr. le reste égale 73 gr.

En retranchant le cœur et les gros vaisseaux, il reste 50 gr. pour le poids des poumons.

Le cœur ne présente rien de particulier ; les poumons présentent quelques ecchymoses ponctuées à la surface.

D'une façon générale les poumons offrent le même aspect que ceux des enfants ayant vécu quelques heures.

Les lobules qui contiennent de l'air, les acini et les alvéoles se laissent merveilleusement reconnaître.

A la base du poumon droit on reconnaît des petites bulles et de l'emphysème sous-pleural. La moitié postérieure des lobes inférieurs et le rebord postérieur des lobes supérieurs sont atélectasiés et présentent la coloration bleue caractéristique des poumons qui n'ont pas respiré, tandis que le reste des poumons présente une coloration jaune rosé avec marbrures bleuâtres et violacées correspondant aux lobules qui n'ont pas contenu d'air.

Par la pression sur le tissu pulmonaire on fait sourdre par la trachée un liquide sanguinolent contenant de petites bulles d'air.

Les poumons et le cœur sont placés dans de l'alcool rectifié, la trachée avait été liée au préalable afin que l'air reste confiné dans les ramifications bronchiques et les alvéoles.

Physométrie. Fœtus mort putréfié. — Application de forceps. — Basiotripsie. — Guérison.

Le 8 octobre 1887, la nommée Franck, femme Paris, est admise à la Maternité. Elle est primipare, âgée de 40 ans et en travail depuis 5 jours. Utérus très distendu, irrégulier, de forme qui pourrait en imposer pour une rupture de l'utérus, si la percussion ne révélait une grande quantité de gaz dans l'utérus.

Tension générale et permanente de l'organe. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Tête profondément engagée. Segment inférieur épais, œdémateux. Dilatation égale à une pièce de 5 fr. Les bords de l'orifice sont rigides et à la face interne existe un état rugueux. Bourgeon du volume d'une noisette à droite, séparé du col par une échancrure. Présentation du sommet en O. I. G. A. Bosse séro-sanguine volumineuse. Bassin normal.

Les liquides qui s'échappent de l'utérus sont excessivement

fétides ; les membranes sont rompues depuis le 8 octobre 1890 à 3 heures du matin. Après la rupture des membranes le travail s'est suspendu complètement. Le pouls est à 116 et la température à 37°. Lèvres violacées, langue sèche, haleine fétide, en un mot cette femme présente tous les symptômes de septicémie aiguë. La corne gauche de l'utérus est très dilatée, elle donne de la sonorité à la percussion. Le diagnostic de physométrie sera confirmé ultérieurement. Les soins antiseptiques sont prodigués à cette femme ; néanmoins la physométrie prend des proportions inquiétantes ; les contractions utérines sont moins intenses.

Six heures après l'arrivée de cette femme, la dilatation est complète ; le forceps appliqué sur le sommet en O. I. G. A. ne fait pas descendre la tête, alors, cette dernière est réduite au moyen du basiotribe et l'extraction complète du fœtus se fait sans difficulté.

Pendant l'extraction et après la sortie du fœtus, il *s'échappe de l'utérus des gaz très fétides et en grande quantité.*

Le fœtus, du sexe masculin, est du poids de 3520 gr. sans la masse encéphalique.

Délivrance naturelle 15 minutes après. Le fœtus et ses annexes présentaient un degré assez avancé de putréfaction et exhalaient une odeur des plus fétides. Le lavage de l'utérus et du vagin est fait avec de nombreuses injections de sublimé à 0,25 cent. par litre d'eau. L'utérus très douloureux nécessite l'application de deux sacs de glace sur l'abdomen et une piqûre de morphine V gouttes.

Les 9, 10, 11, 12 on fait des injections intra-utérines fréquentes en variant les liquides employés. Pendant 6 jours les mêmes soins sont continués.

Le 10e jour phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit. Application de laudanum.

Le 14e jour cette femme quitte la Maternité malgré les observations qui lui sont faites.

Physométrie. Rigidité du col. Tentatives de basiotripsie sur un enfant putréfié, extrait ensuite par la version podalique. — Mort.

La nommée Boucher, âgée de 20 ans, se présente à la Maternité le 12 novembre 1890 en douleurs d'accouchement depuis 4 jours. L'état général est très mauvais : peau sèche, langue sèche, dyspnée intense. Subdélirium. Parois utérines tendues, dures, palper diffi-

cile. La dureté des parois utérines tient à la distension exagérée par des gaz développés dans la cavité de l'organe.

Orifice utérin rigide, dilaté comme une pièce de 5 francs présentant des incisions multiples sur la lèvre antérieure. Membranes rompues depuis 5 jours, au moment où se sont manifestées les premières douleurs, dit la parturiente.

Un médecin, en ville, avait tenté plusieurs fois d'appliquer le forceps sans succès, l'orifice était petit, alors il avait fait des incisions sur les bords pensant l'agrandir suffisamment,

Nouvel insuccès ; administration de deux grammes d'ergot de seigle ! Le vagin présente une lésion profonde produite par le forceps et recouverte d'une eschare grisâtre et très fétide. L'état général de la parturiente est mauvais.

La parturiente est déjà manifestement infectée, ce qui explique sa grande gêne respiratoire. Elle est placée dans un grand bain prolongé ; six heures après son entrée à la Maternité, il semble que la dilatation s'est un peu agrandie ; mais l'état général de cette femme ne s'est pas amélioré.

Le fœtus est putréfié, on tente la basiotripsie. Mais la tête ne peut être fixée dans l'aire du détroit supérieur. Le fœtus est poussé en bas par des gaz, lesquels éloignent de lui les parois utérines ; l'opération a seulement pour résultats, étant donné la grande mobilité du fœtus et la gêne pour appliquer les branches du basiotribe à travers un orifice incomplètement dilaté, d'élever la partie fœtale et de libérer en quelque sorte, le segment inférieur de l'utérus.

La tête ne faisant plus bouchon sur l'orifice utérin, il s'échappe à travers les voies génitales une quantité de gaz très fétides, ce qui confirme encore le diagnostic fait au moment de l'entrée de cette femme à la Maternité. Il est urgent d'extraire le fœtus. On fait la version podalique par manœuvres internes. L'introduction de la main est difficile,parce que l'orifice utérin est ferme et incomplètement dilaté. Une fois l'orifice traversé, la main se trouve très à l'aise, la cavité utérine étant largement distendue par les gaz. Malgré cela la saisie des pieds est difficile, les gaz donnant à la masse fœtale une mobilité extrême, l'évolution et l'extraction se font sans difficulté. Fœtus très putréfié.

La sensibilité de la parturiente est très émoussée, à peine pousse-t-elle quelques gémissements pendant les manœuvres opératoires.

L'utérus reste flasque, inerte ; la délivrance artificielle est faite

immédiatement le 13 novembre 1890, à minuit, et elle est suivie d'un lavage intra-utérin avec du sublimé à 0,20 centigr. par litre d'eau et du permanganate à 0,50 p 0/00.

L'état général s'aggrave de plus en plus, le pouls filiforme, devient incomptable.

La malade meurt le 14 novembre 1890 à 4 heures du matin.

Primipare. Siège mode des fesses. Abaissement du pied antérieur à la dilatation complète. Vagissement intra-utérin. *Souffrance du fœtus. Extraction* (1).

Marie T..., 28 ans, entre à la clinique Baudelocque le 15 juillet 1891. Elle est enceinte pour la première fois et a vu ses dernières règles le 10 octobre dernier; sa grossesse est donc arrivée au voisinage du terme. Le travail a débuté il y a quelques heures et quand je l'examine, à une heure et demie de l'après-midi, je constate que l'utérus régulièrement développé remonte jusqu'à 30 centimètres au-dessus des pubis et que le fœtus se présente par le siège mode des fesses en S. I. G. A. L'enfant est vivant et les bruits du cœur sont bien frappés. Le toucher montre que le col est effacé, la dilatation grande comme une pièce de 0,20 centimes; les lèvres de l'orifice sont dures et épaisses, la poche des eaux bombe au moment des contractions. Le siège déjà engagé est très accessible au toucher et on arrive avec la plus grande facilité sur les fesses, le sillon interfessier, l'anus, le coccyx et la pointe du sacrum.

J'essaie vainement de pratiquer la version par manœuvres externes, car le siège est trop engagé et l'utérus trop tendu, d'ailleurs les contractions utérines sont énergiques et fréquentes : même avec deux doigts introduits dans le vagin, il est impossible de soulever le siège pour le faire dépasser le plan du détroit supérieur. Le travail se poursuit sans incident.

A 1 heure et demie du matin la dilatation est complète; la poche des eaux bombe jusqu'à la vulve; je me décide à abaisser un pied, mais, à cause de l'indocilité de cette femme, je lui fais auparavant administrer du chloroforme. Quand l'anesthésie est obtenue, j'essaie d'abord de dilater progressivement avec la main laissée en place pendant quelques minutes, la vulve qui est étroite et rigide, dans le but de rendre plus facile le passage de la tête. Puis, après

(1) Observation communiquée par M. le professeur PINARD, recueillie par M. POTOCKI, chef de clinique.

avoir rompu les membranes, j'introduis dans l'utérus la main gauche, qui, passant entre les cuisses de l'enfant arrive sur le genou antérieur ; la main appuyant sur la cuisse antérieure du fœtus, la porte en avant en l'écartant du tronc et grâce à cette manœuvre la jambe se fléchit en entraînant avec elle le pied que les doigts accrochent alors facilement et abaissent.

Je cesse de tirer sur le pied quand il apparaît à la vulve et j'abandonne le reste de l'accouchement aux contractions utérines et aux efforts de la femme.

Le pied de l'enfant est à la vulve depuis à peine quelques secondes quand on entend se produire dans la profondeur de l'utérus un bruit singulier qui n'est autre que le vagissement intra-utérin. C'est une série de huit à dix bruits semblables les uns aux autres et qui se succèdent régulièrement; il sont tout à fait analogues à ceux des premières inspirations convulsives d'un enfant né un peu étonné.

On se rend compte très nettement que le fœtus fait des inspirations dans la cavité utérine et que les mouvements inspiratoires sont convulsifs comme dans le sanglot. Le vagissement ne se reproduit pas.

Les battements du cœur de l'enfant sont à ce moment extrêmement rapides, puis ils se ralentissent et deviennent irréguliers. Je procède donc immédiatement à l'extraction du fœtus qui n'offre d'ailleurs aucune difficulté.

L'enfant fait des mouvements inspiratoires immédiatement après la naissance et crie au bout de quelques minutes. Il n'y a de mucosités ni dans la bouche, ni dans les voies aériennes. Cet enfant est bien développé, il pèse 2950 gr. Suites de couches normales ; l'enfant et la mère quittent le service en bon état le 2 août.

Physométrie. Putréfaction fœtale. Crâniotomie. Carcinome de la paroi postérieure du col.

La nommée Berg..., femme Lhén..., âgée de 30 ans, multipare, se présente à la Maternité le 24 juillet 1891.

Le palper abdominal révèle un grand développement de l'utérus produit par une accumulation de gaz dans son intérieur, masquant les régions fœtales et donnant une grande sonorité à la percussion. Auscultation nulle. Col utérin, très irrégulier, très dur et résistant surtout à la paroi postérieure.

La cavité cervicale mesure 3 centim. environ. Le doigt explorateur parcourt facilement cette cavité et arrive sur une région fœtale qui n'a pas de caractères bien nets, mais le cuir chevelu détaché des os crâniens permet de diagnostiquer une présentation du sommet.

Le toucher explorateur permet aussi de diagnostiquer le cancer du col. Liquides exhalant une odeur très caractéristique de putréfaction organique. Membranes rompues depuis un mois. Pas de contractions utérines à l'arrivée de cette femme, mais elles avaient débuté au moment de l'écoulement des eaux et s'étaient suspendues depuis.

M. Guéniot, pensant l'accouchement spontané impossible, décide de dilater le col au moyen de pinces. La malade, depuis la veille reçoit les soins que nécessite son état ; elle est soumise aux inhalations de chloroforme, et l'opérateur introduit les pinces dans la cavité cervicale et extrait sans difficulté les os du crâne qui sont détachés.

Quant aux os de la base de la tête, trop résistants, ils sont broyés au moyen du crâniotome et l'extraction complète du fœtus putréfié amène la sortie *de gaz abondants et excessivement fétides*.

Devant cette physométrie putride et pour enrayer autant que possible les accidents dejà si grands, il est urgent d'extraire l'arrière-faix séance tenante.

Le vagin et l'utérus sont lavés avec de nombreuses injections de sublimé à 0,20 centigr. par litre d'eau et de permanganate de potasse à 0,50 0/00.

Les suites de couches ont été compliquées d'élévation de température. La femme quitte la Maternité guérie de ses suites de couches, quelques mois plus tard. Elle mourut de son affection organique.

Accouchement prématuré, provoqué à l'aide du ballon dilatateur de M. Tarnier. Enfant vivant. Terme, 8 mois environ. Physométrie. Inertie utérine pendant et après l'extraction du fœtus.

La nommée D..., femme J..., 33 ans se présente à la Maternité le 15 août 1891. Enceinte de 7 mois environ. elle est reçue à l'hôpital dans le but d'y recevoir des soins préalables à un accouche-

ment prématuré provoqué. Son bassin est légèrement vicié, l'angle sacro-vertébral est accessible. Ses trois grossesses antérieures se sont terminées à terme, elle n'a pas d'enfant vivant ; les accouchements sont laborieux, elle en a eu un spontané, le premier, et deux artificiels.

Généralement ses enfants sont forts et c'est pour cette raison que l'on provoque l'accouchement prématuré, à 8 mois environ, le 8 septembre 1891. A cette époque le fœtus paraît volumineux relativement au bassin maternel.

Le lavage des organes génitaux est fait rigoureusement et le ballon dilatateur de M. Tarnier est porté dans le col de l'utérus au-dessus de l'orifice interne ; il est gonflé avec de l'eau phéniquée à 1 0/0.Ce ballon se rompt quelques heures après l'application.

Le 10 septembre 1891, à 3 heures du soir, application d'un nouveau ballon qui se rompt séance tenante. L'application de chacun desbal lons détermine quelques faibles contractions. La parturiente est laissée au repos jusqu'au 14. Le col est ouvert, et permet l'introduction du doigt dans toute sa hauteur. Le sommet est élevé. Les soins antiseptiques sont continués et le 14, à 11 heures du matin, l'écarteur utérin de M. le professeur Tarnier est appliqué ; la 1re branche est placée sans difficulté, quant à la 2e, l'introduction est difficile et, au moment où elle arrive à l'orifice interne, les membranes sont rompues accidentellement.

La partie fœtale reste élevée ; les contractions utérines débutent et se continuent en augmentant d'intensité. Le 16 septembre 1891, la dilatation égale les dimensions d'une pièce de 5 fr. ; le 17 septembre à 9 heures du soir, les contractions diminuent ; à 3 heures du matin, Mme Henry *constate que l'utérus est tendu*, très développé *et donne de la sonorité à la percussion.*

Les battements du cœur du fœtus sont normaux ; la dilatation est grande comme une paume de main et l'utérus complètement inerte. Mme Henry applique le forceps sur un sommet, au détroit supérieur, en position O.I.G.T.

Pendant l'introduction des branches, pendant l'extraction et aussitôt après la naissance de l'enfant, il s'échappe des gaz, *non fétides*, des organes génitaux maternels. Enfant vivant, bien portant du poids de 3300 gr.

L'utérus est inerte, il se produit une hémorrhagie qui nécessite une délivrance artificielle. Tout écoulement cesse après l'extraction de l'arrière-faix et plusieurs lavages intra-utérins.

Application de l'écarteur utérin de M. le professeur Tarnier. Membranes rompues 40 heures avant l'accouchement. Physométrie. Extraction par le forceps d'un enfant vivant, à terme, ayant présenté le sommet en O.I.D.A. 3200 gr. Bassin légèrement vicié.

La nommée C..., primipare, 22 ans, est admise à la salle Lachapelle, le 28 juin 1892, à 4 h. 30 du matin. Elle est en travail d'accouchement et à terme.

Le fœtus est assez volumineux; la tête est à l'hypogastre, le dos à droite, le siège au fond de l'utérus. Le maximum des battements fœtaux est à droite. Orifice utérin dilaté comme une pièce de 2 fr., membranes rompues avant le début du travail; écoulement de liquide amniotique teinté de méconium. Contractions utérines fréquentes et régulières. Sommet en O.I.D.A. amorcé au détroit supérieur. Angle sacro-vertébral difficilement accessible.

A 8 heures du matin la dilatation ne s'est pas agrandie mais la tête est descendue; l'écarteur utérin de M. le professeur Tarnier est appliqué. Les battements du cœur du fœtus tombent à 108. Après l'application de l'écarteur, les contractions utérines sont plus rapprochées, plus énergiques et douloureuses. La tête est presque au détroit inférieur.

A 10 heures du matin les dimensions de l'orifice égalent une paume de main, l'écarteur est retiré, les contractions étant difficilement supportées, l'orifice revient sur lui-même; à midi, la dilatation est grande comme une pièce de 5 fr., les battements du fœtus sont à 140 et bien réguliers.

A 2 heures du soir, l'orifice est suffisamment dilatable, on extrait le fœtus par une application de forceps. Pendant l'extraction de la tête et la sortie du tronc, il s'échappe des voies génitales une quantité de gaz de putréfaction très fétides. L'enfant, un garçon à terme, naît vivant à 2 h. 30 du soir. Il a souffert, se refroidit; on le place immédiatement dans une couveuse dont la température est maintenue à 30°. La délivrance se fait spontanément quelques minutes après l'extraction de l'enfant. L'arrière-faix est très fétide.

Lavage intra-utérin avec du sublimé à 0 gr. 20 0/00 et du permanganate à 0,50 0/00.

Suites de couches compliquées d'élévation de température qui tombe après quelques injections intra-utérines.

L'enfant eut des convulsions à son troisième jour, pendant 48 heures. On le tint sous le chloroforme et il eut des bains prolongés.

Guéri de ses convulsions, il partit en bon état avec sa mère le 9 juillet 1892.

REVUE CLINIQUE

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE LA TROMPE

Par le Dr A. Routier
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

La rareté du fait que je viens d'observer, quelques particularités cliniques qu'il a présentées, me font croire qu'il mérite d'être publié.

Mme X..., âgée de 60 ans, me fut envoyée le 16 novembre 1892, à l'Hôtel-Dieu où j'étais chargé d'un service ; elle présentait une tumeur ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire ; le ventre était asymétrique, soulevé par la tumeur plus du côté droit que du côté gauche, les deux flancs étaient sonores, la ligne de matité limitant la tumeur était à concavité inférieure, et toute la masse, qui du reste paraissait mobile, était tendue et largement fluctuante.

L'utérus petit, en antéversion, était incliné vers la droite comme attirée en haut par le kyste qui bien que proéminant à droite semblait s'attacher à l'angle gauche de la matrice.

Cette femme, toujours bien portante, avait été normalement réglée de 11 ans à 50 ans, et bien que mariée n'avait jamais eu de grossesse.

En 1890, vers la fin de l'année, elle s'aperçut que son ventre grossissait, en même temps elle perdait ses forces et dut cesser tout travail.

A la fin de mai 1891, elle éprouva une vive douleur dans le côté gauche du ventre, puis, une nuit, elle perdit par le vagin une énorme quantité de liquide jaune citrin, ce qui la soulagea, et amena une diminution notable de son ventre.

Entre temps, elle avait eu un gonflement notable de tout

le membre inférieur gauche, qualifié de phlébite par un médecin.

En janvier 1892, elle consulta un de nos collègues des hôpitaux qui lui dit qu'elle avait un kyste de l'ovaire, et elle était même décidée à le faire opérer, lorsqu'elle fut reprise de douleurs violentes dans le ventre, et obligée de s'aliter.

En février 1892, elle me fut adressée ; son ventre avait de nouveau diminué, mais on sentait une tumeur dure, l'état général était médiocre, *si bien que diagnostiquant une tumeur maligne, et pensant que l'ablation était périlleuse, je lui conseillai d'attendre*,

J'avais absolument oublié cette malade et mon diagnostic quand je la revis à l'Hôtel-Dieu le 16 novembre.

Devant la netteté des symptômes, je me demandai pourquoi je l'avais en février dissuadée de l'opération, et dus pour le savoir interroger la personne qui me l'avait recommandée. J'appris alors qu'en février j'avais écrit qu'elle avait un cancer, et que mieux valait la laisser mourir de sa belle mort que de tenter une opération dont le succès me paraissait fort douteux.

C'est donc sur mon second diagnostic, c'est-à-dire, en disant kyste ovarique, que j'ai entrepris l'opération le 22 novembre ; j'ajoute que cette femme avait repris un très bon aspect, et que son état général était très satisfaisant.

Le ventre ouvert, j'ai vu un gros kyste, comme une tête d'adulte, à parois couleur feuille morte et jaunâtre.

J'en ai retiré 1 litre 1/2 environ d'un liquide noirâtre, puis, j'ai pu extraire la masse, le pédicule assez difficile à faire à cause de la grosseur de la trompe, a été lié au ras de la corne gauche de l'utérus. L'ovaire droit était atrophié, je l'ai laissé en place, puis j'ai recousu la paroi.

La pièce m'a paru curieuse : elle était en effet formée d'une part, par la trompe qui presque immédiatement au-dessus de la section, c'est-à-dire à 1 ou 1 centimètre 1/2 de son insertion utérine prenait de suite la groseur et l'aspect d'un intestin rempli, d'autre part, par le kyste uniloculaire dont

la paroi semblait se continuer partout avec la trompe, comme si celle-ci s'était tout à coup dilatée.

Dans l'intérieur du kyste, il restait quelques masses fibrineuses, et sur ce point, on voyait un orifice bouché par un amas d'aspect fibrineux; cet orifice n'était pas autre chose que l'ouverture de la trompe.

Je soumis cette pièce à M. le professeur Cornil qui, avec sa bienveillance accoutumée, m'a remis la note suivante que je donne *in extenso*, car, m'a-t-il dit, la lésion est des plus rares.

Examen par M. Cornil. — La trompe très augmentée de volume, lisse à sa surface, a l'aspect et le volume d'une anse d'intestin grêle, elle est sinueuse, le pavillon dilaté en un énorme kyste du volume de la tête d'un fœtus.

L'ovaire n'a pas été trouvé.

M. Cornil pense que cette poche dépend de la trompe, non de l'ovaire. A la coupe, la tumeur est remplie par une masse bourgeonnante ayant l'aspect de fibrine, mais plus résistante et ne se laissant pas dilacérer et en obturant complètement la lumière.

L'ouverture de communication de la trompe avec le kyste laisse échapper un gros bourgeon qui semble être une dépendance de la masse épithéliale.

Ces végétations ne rappellent en rien les végétations parfois énormes qu'on peut observer dans la salpingite chronique.

A l'*examen histologique :* La paroi musculaire n'est pas totalement hypertrophiée; la trame conjonctive de la muqueuse est au contraire notablement épaissie, et de sa paroi interne partent de fines trabécules conjonctives qui limitent de larges aréoles; celles-ci sont remplies par de volumineuses masses épithéliales.

L'examen d'un de ces boyaux épithéliaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la trame conjonctive, elles ont l'aspect cylindrique puis prennent l'aspect d'épithélium pavimenteux.

Le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi.

Enfin, on trouve un grand nombre d'éléments en kariokinèse, fait qui plaide en faveur de la nature épithéliale de la tumeur.

Les suites de l'opération ont été des plus simples ; cette femme a aujourd'hui quitté l'hôpital, mais je me propose de la suivre, et je dirai en temps et lieu le résultat thérapeutique que j'aurai obtenu.

REVUE GÉNÉRALE

DU TRAITEMENT DE L'OSTÉOMALACIE

Par le Dr R. Labusquière.

Contre l'ostéomalacie, on dispose de deux sortes de traitement : l'un ancien. A) *traitement médical*, l'autre, tard-venu, B) *traitement chirurgical* qui, si l'on juge d'après les résultats déjà obtenus, paraît devoir supplanter, sinon complètement, du moins en grande partie le premier.

Il nous paraît toutefois impossible d'étudier la thérapeutique de l'ostéomalacie sans rappeler, tout au moins succinctement, quelques-unes des opinions que se sont faites les auteurs sur la nature, de plus en plus mystérieuse, de la maladie.

A. — Traitement médical

Étant données les altérations profondes, étendues, que subit le système osseux (membres, bassin, colonne vertébrale, thorax), il n'est pas étonnant que l'ostéomalacie ait attiré l'attention surtout des médecins, et exercé leur sagacité. *A priori*, on jugeait que l'on se trouvait en présence d'un trouble grave de la nutrition, d'une maladie générale de l'organisme dont les effets se manifestaient, par une sorte de prédilection, sur le système osseux, et se traduisaient par la décalcification des os. Et ici, comme dans tous les cas où la

cause primordiale échappe, on a émis successivement toutes les hypothèses de nature à fournir une explication, au moins plausible, des altérations observées. Notre grand clinicien Trousseau a consacré à l'ostéomalacie qu'il dénomme *rachitis des adultes*, parce qu'il la considérait comme l'analogue du rachitis infantile, plusieurs pages fort intéressantes au cours desquelles il relate, avec ce talent de description merveilleux que tout le monde sait, un exemple typique de cette affection (1). De l'idée qu'il avait de l'ostéomalacie, Trousseau avait déduit la thérapeutique à instituer, c'est-à-dire, celle qui réussissait très bien dans le rachitisme : l'administration de l'huile de foie de morue. La malade guérit.

Il s'agissait dans ce cas, d'une femme âgée de *quarante-huit* ans, ostéomalacique à un profond degré, et qui faisait remonter le début de sa maladie à une première grossesse, survenue à l'âge de 32 ans, peu après son mariage. Depuis, étaient survenues deux nouvelles grossesse, la dernière à 38 ans, qui se termina par la naissance d'un enfant venu vivant, mais qui mourut 2 jours après (il n'y eut donc pas, à cette occasion, les fatigues de l'allaitement). L'état de gestation avait toujours eu, mais surtout lors de la 3e grossesse, une influence des plus défavorables, sur la marche de la maladie. Et, depuis, l'affection, malgré l'absence de nouvelle grossesse, n'avait fait qu'empirer jusqu'à 48 ans, époque à laquelle la malade entra dans le service de Trousseau. Relativement à ce cas, il n'est peut-être pas indifférent de noter que les règles étaient supprimées depuis deux ans déjà, et de faire remarquer par conséquent que cette guérison a pu, sinon être en relation étiologique absolue avec la cessation de l'activité génitale, du moins être très efficacement favorisée par cette circonstance à laquelle on accorde, actuellement, une action capitale.

Il est vrai encore que Trousseau relate à l'actif du traitement médical, du traitement par l'huile de foie de morue, un autre cas de guérison qui n'est pas passible de la même

(1) *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, vol. III, 6e édit. p. 521.

interprétation. C'est l'observation d'une jeune femme chez laquelle l'ostéomalacie, très caractérisée, aurait apparu quelques années après un premier et unique accouchement, survenu à 21 ans.

En résumé, pour Trousseau, l'ostéomalacie est le rachitis des adultes et, comme le rachitis infantile, il est justiciable du traitement par l'huile de foie de morue.

Le professeur Bouchard a également étudié l'ostéomalacie (1), et en particulier celle de la grossesse. Contrairement à Trousseau, il la distingue complètement du rachitisme, et tend à la ranger dans le groupe des *dyscrasies acides*. « Quoi qu'il en soit, écrit le professeur, l'os ostéomalacique a fréquemment une réaction acide et contient anormalement de l'acide lactique. Or l'acide lactique comme tous ces autres acides dont je parlais à propos du rachitisme, acides carbonique, oxalique, acétique, formique, lorsqu'ils s'accumulent dans le tissu osseux au point de produire la réaction acide de ce tissu, créent une circonstance suffisante pour que le phosphate de chaux d'ossification se redissolve et s'élimine », un peu plus loin, « l'ostéomalacie de la grossesse, comme toute autre ostéomalacie, *paraît* donc, compter au nombre de ses conditions pathogéniques une formation exagérée *ou* une combustion insuffisante des acides organiques et plus particulièrement de l'acide lactique ou, d'après Beneke, de l'acide oxalique, etc. », et encore « ce qui importe dans l'interprétation pathogénique de ces faits, ce n'est pas seulement l'insuffisance de l'alimentation ou le défaut des phosphates alimentaires, c'est surtout le vice des mutations nutritives générales qui amènent l'accumulation des acides organiques, soit qu'ils pénètrent en excès par suite de fermentations digestives anormales, soit qu'ils résultent des fermentations intra-organiques, soit qu'enfin la nutrition se ralentisse et diminue les oxydations. etc. Enfin, un grand nombre de circonstances hygiéniques qui intéressent la respiration et la circulation ou *qui influencent le système nerveux* peuvent

(1) Maladies par ralentissement de la nutrition, 2e édition, p. 50.

faire varier l'activité des métamorphoses et, en particulier, créer, suivant l'expression de Beneke, la nutrition ralentie, ou nutrition retardante. Dans toutes ces circonstances, les acides organiques peuvent ne pas être brûlés, l'alcalinité du sang diminue, l'acide urique augmente dans les urines, les urates s'y précipitent plus facilement, l'acide oxalique y fait son apparition. Dans ces cas encore, des acides gras volatils s'éliminent par les sueurs et par la perspiration pulmonaire. Dans ces cas enfin, la constitution intime des tissus est altérée par le fait de la dissolution plus facile ou de la fixation entravée des éléments minéraux qui sont la charpente de tous les éléments anatomiques. Tout l'organisme est lésé, certains tissus le sont plus particulièrement et de ce nombre est le tissu osseux, etc. »

Il est assurément difficile d'aborder d'une manière plus méthodique, plus scientifique, le problème ardu de l'étiologie de l'ostéomalacie. Mais, ces citations ne suffisent-elles pas à démontrer que la cause primordiale échappe, ou plutôt que le « ramollissement des os » peut être la conséquence d'une foule de circonstances étiologiques différentes ? Il faudrait donc, dans chaque cas pour ainsi dire, préciser le facteur en jeu, avant d'instituer une thérapeutique, qui, à défaut de cette condition, serait nécessairement empirique. Cela est si vrai, que le professeur Bouchard ne peut d'une conception complexe de la maladie que déduire une thérapeutique assez complexe aussi, c'est-à-dire formuler des indications thérapeutiques multiples, des règles générales de traitement : lutter contre l'acidité des humeurs par les alcalins, parer à la spoliation des principes calcaires par l'usage des aliments riches en phosphates ou même par des phosphates médicamenteux, combattre les dyspepsies acides au moyen de l'eau de chaux, de la magnésie décarbonatée, donner des aliments suffisants mais non excédants, supprimer autant que possible toutes les influences qui ralentissent la nutrition (humidité, vie sédentaire, air confiné, défaut d'exercice, etc., stimuler les mutations nutritives en agissant surtout sur le système nerveux (hydrothérapie, bains salés, etc., etc.).

Donc pour le professeur Bouchard — et il est bien difficile de n'être pas frappé par ces conceptions nosologiques, basées sur la physiologie, la chimie biologique, — l'ostéomalacie comporte une étiologie, une pathogénie complexe, multiple, et, conséquemment, exige une thérapeutique variée, qui doit être savamment déduite pour chaque cas. Grosse difficulté pour le praticien, grand *alea* pour le malade!

En ce qui concerne les résultats obtenus par cette méthode thérapeutique, rationnelle, nous ne possédons malheureusement aucun document.

Encore dans ces derniers temps, plusieurs auteurs étrangers (l'ostéomalacie, très caractérisée, est d'ailleurs une affection relativement rare en France) ont signalé les très bons effets dans quelques cas, du phosphore (W. Busch) (1), du phosphore et de l'huile de foie de morue (Sternberg) (2). D'autre part, Marocco (3) considérant que dans l'ostéomalacie il s'agit comme dans le rachitisme, d'un trouble grave de la nutrition, se demande si les courants galvaniques ne donneraient pas les mêmes bons résultats que Tedeschi en a obtenus dans la seconde.

Somme toute, il ne paraît pas douteux que le traitement médical ait produit un certain nombre de guérisons, bien réelles et définitives. En conséquence, comme le traitement chirurgical, dont nous allons nous occuper maintenant, comporte, en dépit même de l'habileté des opérateurs, un *alea* très sérieux, puisqu'il implique jusqu'à la mort, c'est par le traitement médical qu'il faudra commencer, toutes les fois, bien entendu, qu'une indication urgente ne viendra pas forcer la main du chirurgien (femme en travail, par exemple, et accouchement par les voies naturelles rendu impossible par les déformations pelviennes de nature ostéomalacique). Ce traitement médical conviendra surtout pour les cas

---

(1) *Traité de pathol. interne et de thérapeutique.* EICHHORST, trad. française, 1890, vol. IV, p. 200.

(2) STERNBERG. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 26.

(3) MAROCCO. Verhand. des X internat. Kongress z. Berlin. Hirschwald Bd III, p. 100.

légers d'ostéomalacie, qui se présentent assez fréquemment dans la pratique ; mais nous savons qu'il réussit quelquefois aussi sous des formes très avancées de la maladie. Il consiste, en résumé : dans l'administration de l'huile de foie de morue, du phosphore, et dans la réalisation des conditions essentielles de l'hygiène (nourriture suffisante et appropriée, vie au grand air, logement salubre, etc., etc.).

B. — Traitement chirurgical

Comment est venue l'idée de combattre l'ostéomalacie par un traitement chirurgical ?

On avait fait la remarque qu'un nombre relativement considérable de femmes qui avaient subi, à l'occasion de l'accouchement et pour cause de sténose pelvienne de nature ostéomalacique, l'opération de Porro, avaient rapidement et définitivement guéri de l'ostéomalacie. D'autre part, l'expérience avait montré que cette même guérison constitue une éventualité extrêmement rare après l'opération césarienne classique. Pourtant, il y a quelque exagération à dire, ce que nous lisons dans une monographie, d'ailleurs très intéressante, sur le même sujet (1) : « la guérison de l'ostéomalacie n'avait, au contraire, pas lieu quand l'opération césarienne était terminée par la simple suture avec conservation des organes génitaux internes ». Winckel, Freund, Breus, Guéniot (2), Solowij (3) ont cité, en effet, des cas de guérison à la suite de la césarienne classique. Voici, en particulier, ce qu'a dit M. Guéniot, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, à propos de son opérée : « elle était affectée d'une ostéomalacie des plus graves, lorsque je dus intervenir pour la délivrer le 11 novembre 1891. Présentement (trois mois jour pour jour après l'opération), *elle est non seulement guérie de la césarienne, mais encore de son ostéomalacie ; et cela, sans que j'aie pratiqué sur elle aucune mutilation. J'ai, en effet, volontairement laissé ses ovaires en place* ».

(1) *Revue méd. de la Suisse romande*, 1892, n° 7, p. 409.
(2) *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1892, n° 4, p. 66.
(3) *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 38, p. 745.

Donc, la proposition qui se dégage de l'ensemble des faits connus jusqu'à ce jour, est la suivante : *l'ostéomalacie, même grave, guérit très fréquemment, consécutivement à l'opération de Porro ou amputation utéro-ovarique, et quelquefois, mais beaucoup plus rarement, après l'opération césarienne classique (c'est-à-dire, celle qui laisse en place les organes génitaux internes)*.

Fehling (de Bâle) (1), à qui revient certainement l'honneur d'avoir en quelque sorte systématisé le traitement de l'ostéomalacie, avait été très frappé de cette différence si grande d'action de l'amputation utéro-ovarique et de la section césarienne simple sur la maladie dont il s'agit. Et il pensa que cette supériorité de l'opération de Porro tenait à ce que, par cette intervention, on supprimait l'ovulation et simultanément la fécondité, la grossesse, et l'allaitement. « Pénétré de ces idées, écrit-il, je fis, il y a 3 ans 1/2 maintenant, la *tentative*, dans un cas des plus graves d'ostéomalacie, chez une femme absolument incapable de marcher et complètement impotente, de modifier la marche de l'affection par l'ablation des ovaires. Je le dis franchement, ce fut une tentative, ainsi que je m'en expliquai très nettement auprès de la malade. » Voici ce cas que nous rapportons, d'après Fehling, parce qu'il fait vraiment époque dans l'histoire de l'ostéomalacie (2) :

Obs. — H..., 36 ans, de Stuttgart, est issue de famille saine. Elle a, de 1877 à 1883, accouché trois fois, toujours spontanément ; enfants vivants, qui furent allaités, en moyenne, durant deux ans. Après le dernier accouchement survinrent des douleurs dans la continuité des membres inférieurs, dans le bassin, le sacrum, la colonne vertébrale. Progressivement, la marche devint de plus en plus difficile, et finalement impossible, de sorte que la malade dut garder le lit pendant un an. Sa taille diminua. Après une cure faite à Wildbad et l'usage du phosphate de chaux, l'état s'améliora un peu. Néanmoins, la marche exigeait l'assistance d'une autre per-

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft 2, p. 170.

(2) *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft 2, p. 170.

sonne, et toute occupation rémunératrice était rendue impossible.

Placée, par suite de mauvaises affaires, dans des conditions de milieu mauvaises, cette femme est aujourd'hui d'aspect minable, pâle, amaigrie, rapetissée. La région sacro-coccygienne est fortement enfoncée, les genoux peuvent à peine être écartés de 4 travers de doigt. La symphyse pubienne fait fortement saillie en avant, sous forme d'un bec. Mensurations pelviennes : épines 25, crêtes 28,5, trochanters 31, conjugué externe 18,5 centim. Utérus petit, en situation normale, mobile ; ovaires nettement reconnaissables dans leur siège habituel, et non augmentés de volume.

Castration le 4 janvier 1887. — Opération typique, *extirpation complète des ovaires et des trompes ;* guérison sans fièvre après un séjour au lit de trois semaines.

Disparition lente des douleurs, et récupération graduelle de la marche. Depuis, il a été pris, à plusieurs reprises, des renseignements sur cette femme, la dernière fois, durant l'automne de 1889. Les règles n'ont plus reparu. La marche est possible, mais en raison des déformations considérables qui existaient avant l'intervention, la femme s'aide d'une canne. Elle fait le métier de lessiveuse, travaille toute la journée, et se plaint seulement le soir de souffrir un peu dans la région du sacrum.

« Envoyé plus tard à Bâle, dit Fehling, où dans le canton de Bâle-ville et de Bâle-campagne, l'ostéomalacie constitue non seulement un foyer, mais où elle se manifeste à l'état endémique, tandis que dans toutes les autres régions de la Suisse elle est beaucoup plus rare, j'eus facilement l'occasion d'observer de nouveaux cas. En 3 années, j'en reçus à ma clinique 14 et j'en opérai huit. »

Depuis, les faits se sont multipliés, et ils ont été laborieusement rassemblés, dans un tableau synoptique que nous lui empruntons, par le Dr E. Kummer dans l'intéressant travail que nous avons déjà signalé (1).

(1) *Rev. méd. de la Suisse Romande,* 1892, n° 7, p. 416, 417.

Tableau synoptique des observations concernant l'oophorectomie bilatérale pour ostéomalacie (1).

AUTEURS	LIEU ET DATE DE LA PUBLICATION	DATE de L'OOPHORECTOMIE	AVANT L'OOPHORECTOMIE: Age de la malade.	Durée de la maladie.	Nombre de grossesses.	DÉBUT de la MALADIE	La malade peut-elle marcher ?	A-t-elle des douleurs ?	APRÈS L'OOPHORECTOMIE: Peut-elle marcher ?	A-t-elle des douleurs ?	Ménopause ?	DURÉE de L'OBSERVATION	REMARQUES
			ans	ans									
1. Fehling...	*Archiv. f. Gyn.*, 1890, XXXIX.	4 janv. 1887.	36	4	3	3es couches	non	fortes	bien	non	oui	2 ans.	
2. »	»	7 juill. 1887.	42	2	5	5e grossesse	»	»	»	peu	»	3 ans.	
3. »	»	13 mars 1888.	28	3	4	2es couches	»	»	»	non	»	2 ans.	
4. P. Muller..	Hoffa. *Beit. z. Geb. u. Gyn.*, 1889.	27 mai 1888..	31	4	5	3e grossesse	mal	»	»	»	»	2 mois.	
5. Winkel. ..	»	9 juill. 1888.	31	(?)	8	(?)	»	»	»	»	»	1 mois ½	
6. Hoffa.....	»	8 octob. 1888.	31	5	4	1re grossesse	non	»	»	»	»	9 mois.	
7. P. Muller..	»	11 fév. 1889.	35	3	5	3e grossesse	mal	»	»	»	»	4 mois.	
8. Fehling...	*Archiv. f. Gyn.*, 1890, XXXIX.	24 mars 1889.	43	11	10	7e grossesse	non	»	»	peu	»	2 ans.	
9. »	»	11 juin 1889.	51	3 ½	6	»	»	»	»	»	»	»	Ventrofixation.
10. »	»	20 juin 1889.	37	1	5	4e grossesse	mal	»	»	non	»	1 an.	
11. »	»	19 juill. 1889.	42	12	10	3e grossesse	non	»	»	»	»	10 mois.	
12. Schauta...	*Wien med. Wochschr.*, 1890.	22 juill. 1889.	32	5	4	3es couches	»	»	»	»	»	1 an.	
13. Sippel.....	»	21 nov. 1889.	36	2	6	5e grossesse	mal	»	»	»	»	6 mois.	
14. Fehling...	*Archiv. f. Gyn.*, 1890, XXXIX.	14 janv. 1890.	34	7	5	1res couches / 3e grossesse	»	»	»	»	»	3 mois.	
15. »	»	28 mars 1890.	39	2	7	5e grossesse	»	»	»	»	»	4 mois.	
16. P. Müller..	Inédite...............	10 mai 1890.	29	»	6	3e grossesse	mal	fortes	bien	non	oui	2 ans.	
17. Truzzi....	*Annal. di ostet.*, 1890..	19 mai 1890.	26	2	2	1res couches	»	»	»	»	»	(?).	

20. Libotski...	*Cent. f. Gyn.*, 1891....	18 sept. 1890.	34	3	(?)	(?)	non	»	avec béquille	»	(?)	1 mois.	
21. Hofmeier..	»	8 nov. 1890..	30	8	0	»	mal	»	bien	»	(?)	5 mois.	
22. Thorn.....	»	9 nov. 1890..	32	2	3	2es couches	»	»	»	»	oui	1 an.	
23. Fehling...	Inédites..............	1891........	28	2	2	2e grossesse	»	»	»	»	»	1 an.	Oophorectomie. Ventrofixation. Kolporrhaphie antérieure; kolpo-périnéoplastie pour ostéomalacie et prolapsus utérin total.
24. »	»	1891........	41	2	4	4es couches	»	»	»	peu	»	1 an.	
25. »	»	1891........	37	6	5	4e grossesse	non	»	»	non	»	1 an.	
26. »	»	1891........	31	1½	1	1res couches	mal	»	»	»	»	10 mois.	Atteinte de paralysie infantile. Marche avec des béquilles.
27. »	»	1891........	38	6	2	2es »	non	»	»	peu	»	6 mois.	Les douleurs, d'abord disparues, sont revenues après refroidissement et fatigues.
28. v. Velitz..	*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, XXIII.	6 juill. 1891.	41	3	5	»	»	»	»	non	(?)	1 an.	
29. »	»	10 juill. 1891.	40	3	6	5e grossesse	»	»	ass. bien	»	(?)	1 an.	
30. P. Müller..	Inédite...............	26 nov. 1891.	41	17	4	2es couches 3e grossesse	peu	»	ass. bien	»	oui	7 mois.	
31. E. Kummer	Inédite...............	9 avril 1892..	39	8	7	5e grossesse	non	»	bien	»	»	3 mois.	
32. Vaucher...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
33. Winkel....	Fehling. *Arch. f. Gyn.*, 1890.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
34. Chrobak..	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
35. 36. } C. Braun..	*Cent. f. Gyn.*, 1891, p. 601.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Sans indications détaillées.
37. E. v. Braun.	*Cent. f. Gyn.*, 1891, p. 598.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	
38. Kunz.....	Gelpke. Osteomalacie, 1891.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	

(1) Tableau dressé par Kummer. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1892, nº 7, p. 409.

Voici enfin une autre observation qui a donné lieu à une thèse intéressante soutenue le mois de juillet dernier (1). Nous publions le fait *in extenso* parce qu'il est relativement récent, qu il est typique et soigneusement relaté.

Obs. — Femme âgée de 29 ans, IVpare.

Son père est mort d'hydrothorax. Pas de tare héréditaire apparente. La mère vit et est bien portante. Pas de maladies d'enfance, pas de traces de rachitisme. La malade croit même avoir marché de bonne heure.

Premières règles à 13 ans; depuis, menstruation régulière, toutes les quatre semaines, trois à quatre jours, non douloureuse, et pas trop abondante.

Elle s'est mariée, il y a 10 ans, et a eu 3 accouchements, tous les 3 spontanés. Durée du travail courte, suites de couches normales. 1er accouchement en 1882, 2e en 1884, 3e en juillet 1888. Le premier et le troisième enfant vivent et sont bien développés le second est mort à 7 mois de convulsions. 7 mois après le 2e accouchement, pendant l'hiver de 1884, la malade commença de souffrir. Les mouvements du membre inférieur gauche déterminaient nettement des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale correspondante. Par le repos ou après une longue marche, elles cessaient tout à fait, disparurent presque durant l'été, mais pour reparaître plus aiguës l'hiver suivant. Lorsque la femme conçut pour la 3e fois, en 1887, l'affection fit des progrès rapides, en sorte que la femme ne put plus marcher sans éprouver de vives douleurs dans la moitié gauche du bassin et dans le membre gauche. A partir du 9e mois de la gestation, elle fut forcée de garder le lit. L'accouchement terminé, les douleurs s'amendèrent lentement, en sorte qu'après 6 semaines de repos au lit, elle recommença un peu d'aller et venir, d'abord avec un aide, puis sans aide, mais en se dandinant et au prix de douleurs notables. Comme cet état suffisait à rendre la femme incapable de travailler, qu'il lui était, par conséquent, intolérable, elle vint réclamer des soins à l'hôpital général de Breslau.

Elle y fut traitée six semaines durant (bains, électricité, nourriture reconstituante), et elle se trouva assez améliorée pour pouvoir faire une marche, non point longue, mais sans aide et sans

(1) *Beiträge zur Behandlung der Osteomalacie*, F. Beer, Breslau, 1892.

trop souffrir. Cet état resta stationnaire environ jusqu'à la fin de septembre 1891. A cette époque, et à l'occasion de la 4e grossesse, l'état primitif et les douleurs réapparurent avec une aggravation considérable. Vers la mi-novembre, sans cause appréciable, survint une hémorrhagie qui dura 8 jours, mais qui cessa par le repos seul. Au commencement de décembre, nouvelle perte de sang, qui se prolongea un jour, s'arrêta sans traitement spécial et ne parut avoir aucun effet fâcheux pour la malade. Pendant ce mois, des douleurs apparurent dans le côté droit du bassin, et la malade, à partir de ce moment, commença de ressentir, non seulement dans la marche, mais étant assise, des douleurs dans tout le bassin. D'autre part, elle prétendit constater, à ses vêtements, qu'elle avait perdu de sa taille. Le décubitus dorsal, ainsi que tout mouvement pour se coucher sur le côté, étaient devenus extrêmement douloureux. Et, dans les derniers temps, à défaut d'un aide solide, elle ne pouvait plus se mouvoir.

Elle se présenta le 15 février 1892 à la Clinique gynécologique de Breslau, parce que, dit-elle, ses souffrances augmentaient de semaine en semaine et que les *traitements médicaux* (surtout les toniques) *institués à domicile, restaient absolument inefficaces.*

État au moment de l'entrée à la Clinique. — Femme petite, d'apparence faible, taille 1m,48. Pannicule adipeux peu développé. Musculature délicate et flasque. Visage pâle, un peu jaune. Organes normaux ; de même le pouls et la température. Aucune trace de rachitisme. Abdomen saillant.

Fond de l'utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. *L'exploration interne pour la mensuration des diamètres pelviens est impossible.* Le doigt explorateur est arrêté par les branches de l'ischion et la paroi interne des cavités cotyloïdes. De plus, on reconnaît les deux branches descendantes du pubis, étroitement accolées l'une à l'autre, et constituant, avec les branches horizontales également dirigées en avant une sorte de bec caractéristique. Le contact des os accessibles est très douloureux.

Diamètres externes		des épines	23,0
—	—	des crêtes	27,5
—	—	conj. extern	20,0
—	—	diam. trochant	25,0

Il ne fut pas fait de recherches relativement à *l'alcalinité du sang.*

Urine normale (pas de sucre, pas d'albumine).

Comme en raison de la sténose extrême il était impossible d'espérer un accouchement spontané à terme, qu'en raison aussi de l'état de déchéance physique dans lequel était tombée la malade, de l'aggravation continue des douleurs, il y avait nécessité de mettre fin à une situation intolérable, Fritsch décida d'intervenir sans plus tarder. D'autre part, comme une nouvelle grossesse aurait pu avoir une influence grave sur l'ostéomalacie, il fit, avec l'assentiment de la malade, l'opération de Porro qui fut pratiquée le 17 février, c'est-à-dire deux jours après l'admission de la femme à la clinique.

Opération. — Incision sur la ligne médiane, commençant à mi-distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde et se terminant à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le ventre ouvert, l'utérus gravide, gros comme une petite tête d'adulte, fut attiré en avant de la paroi abdominale, puis la partie supérieure de la plaie fut réunie par quelques points de suture pour prévenir la sortie ou le prolapsus de l'intestin. On procéda ensuite à la ligature du ligament large, ligature qui commença au ligament infundibulo-pelvien et fut continuée par parties, jusqu'à la portion cervicale de l'utérus. La portion juxta-utérine du ligament fut saisie dans une forte pince hémostatique, dans le but d'éviter toute hémorrhagie qui, au moment de la section du ligament large, aurait pu provenir de l'utérus.

Même série d'opérations du côté droit. Cela fait, l'utérus fut amputé au niveau de l'orifice interne. La poche des eaux intacte faisait fortement saillie hors de la cavité utérine, mais elle ne fut pas lésée. L'utérus enlevé, la cavité cervicale fut agrandie en forme de coin, cautérisée avec de l'acide phénique concentré, puis fermée par plusieurs sutures à la soie. Par l'attraction sur le moignon des restes des ligaments au moyen de plusieurs sutures à la soie, qui comprenaient à la fois le péritoine des ligaments et celui du moignon, celui-ci se trouva diminué. L'hémostase étant complètement assurée, et le moignon réduit suivant son plus grand diamètre à 3 cent. environ, on procéda à une toilette minutieuse de la cavité abdominale (la malade n'avait pas perdu de sang pendant l'opération). Un aide tirant fortement sur les fils du moignon, laissés larges à dessein, on sutura exactement le péritoine du pédicule au péritoine pariétal, en sorte que toute la surface

cruentée se trouva être extra-péritonéale. Suture abdominale, tamponnement de l'entonnoir dans l'angle inférieur de la plaie abdominale avec de la gaze iodoformée; insufflation sur la plaie abdominale de poudre au dermatol, bandage.

Suites opératoires. — La malade avait supporté assez bien l'opération. Pas de vomissements. Encore sous l'influence du chloroforme, elle reposa assez longtemps. P. 84, Temp. 37°,2. A son reveil elle se sentit très faible, mais n'accusa aucune douleur. Miction spontanée. Contre la soif persistante, glace. Soir, Temp. 37°,5, P. 80. Pour la nuit, 0,01 centigramme de morphine.

18 février. Pendant la première partie de la nuit, la malade avait bien reposé, mais ensuite elle en fut empêchée par des douleurs abdominales. Matin : Temp. 37°,4, P. 68. L'opérée prit un peu de café et dans la journée du bouillon plusieurs fois. Elle accusa, ce jour-là, de très vives douleurs dans la région abdominale inférieure. Pas de vomissements. Miction spontanée. Soir, T. 37°,7, P. 72. Pour la nuit, de nouveau un centigr. de morphine.

Le 19. Matin, T. 37°,4, P. 72. Les douleurs ont disparu. L'opérée se sent bien.

Il survient quelques flatuosités. La nourriture liquide est prise de bon appétit. Soir, T. 38°,1, P. 80.

Le 20. Matin, T. 37°,8, P. 88. La malade accuse de vives douleurs au niveau de la plaie abdominale et une sensation de plénitude dans le ventre. Émission spontanée de quelques gaz. L'appétit est moins bon que la veille. Soir, T. 38°,3, P. 92. Le ventre est un peu douloureux à la palpation.

Le 21. Au matin, une cuillerée d'huile de ricin qui amène 2 garde-robes abondantes. Langue sale, mais état général bon. Soir, T. 39°, P. 120.

Le 22. Matin, T. 37°,6, P. 92. On change le pansement. Toute la région voisine de la plaie abdominale est rouge, douloureuse, infiltrée. La pression fait sourdre de plusieurs trajets de suture du pus jaune, épais. D'autre part, au niveau de la région sacrée existe une plaque de décubitus. Le pansement fut modifié et l'on remplaça des points de suture par un bandage agglutinatif et l'on pansa l'eschare. Enfin, après avoir successivement essayé sans succès d'un coussin à air, d'un coussin à eau, on replaça la femme directement sur son lit, et dans le décubitus latéral, qui la laissa un peu plus en repos. Soir, 38°,9, P. 108.

Le 23. T. 38°,2, P. 106. La malade n'a presque pas dormi. Aujourd'hui, elle se plaint de souffrir à chaque mouvement. Garde-robe et miction spontanée. En changeant le pansement, on constate qu'il s'écoule un peu de pus de trajets de suture. La palpation est moins douloureuse. T. 38°,9, P. 120.

Le pansement, à partir de ce moment, est changé tous les deux jours.

Le 27. On enlève les derniers fils de la plaie abdominale, qui est d'ailleurs parfaitement réunie. Quelques fils du moignon cèdent à la traction. Cicatrice abdominale et moignon sont saupoudrés de dermatol. Matin, pas de fièvre. Soir, 38°.

Le 29. Par conséquent 12 jours après l'opération, au moment du pansement, le moignon tombe emportant avec lui toutes les ligatures. L'entonnoir mesure environ 2,5 cent. de profondeur. Partout, processus vigoureux de granulation. Au niveau de l'incision abdominale, plus de signes d'inflammation ou de suppuration.

Les os ne sont plus douloureux par les mouvements; l'opérée peut se tourner d'un côté sur l'autre sans souffrir. Elle évite le décubitus dorsal qui lui est douloureux. Les parties qui avaient été atteintes par les effets du décubitus se sont sphacélées et éliminées avec le tissu sous-cutané, en sorte que fascias et os sous-jacents sont visibles; la perte de substance est traitée avec de la pommade au nitrate d'argent à 1 0/0. La patiente se trouve bien, elle a bon appétit. Nourriture fortifiante et préparations martiales.

Dès lors, la convalescence ne fut troublée par aucun accident pyrétique. Les deux plaies (infundibulum abdominal et perte de substance au niveau du sacrum) furent le siège d'un processus normal de granulation. L'état général ne fit qu'aller en s'améliorant, et les os devinrent absolument indolores à la pression.

8 mars. L'opérée s'assit dans son lit, et le 11 se leva pour la première fois. Elle ressentit quelques douleurs dans les cuisses, principalement localisées du côté de l'extension, mais aucune dans le bassin. Naturellement, comme avant l'opération, la marche est encore très lente, et la convalescente évite soigneusement les grands mouvements au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Peu à peu les douleurs s'atténuent, et les deux pertes de substance se comblent.

Le 24. L'infundibulum abdominal est complètement comblé. La malade est assez forte pour quitter sa chambre et traverser le long couloir de la clinique.

Le 28. Pour la première fois, la malade, soutenue il est vrai, va

dans l'escalier. Le 3 avril elle le monte et le descend sans être assistée. Enfin, *elle ne ressent aucune douleur*. Elle quitte la clinique guérie.

En résumé, grâce à l'opération de Porro, la malade, qui du fait de sa maladie était tombée dans un état des plus précaires, fut rapidement débarrassée de toutes ses souffrances. De plus, bien que les déformations acquises aient naturellement persisté, il lui devint possible de marcher sans aide et relativement facilement.

Les renseignements suivants furent fournis par le médecin habituel le 5 juin, soit près de 4 mois après l'opération : « L'opérée se trouve bien et est bien portante. Elle ne s'est jamais sentie aussi bien durant les 8 dernières années qu'après l'opération. L'appétit est robuste. Elle se sent si forte qu'elle suffit aux soins de son petit ménage. La marche ne provoque plus la plus légère douleur. »

Ainsi, dans cette observation, le résultat obtenu par l'amputation utéro-ovarique a été favorable, comme il l'avait été après la 1re opération de Fehling, opération qui, de l'aveu même du chirurgien, n'avait été qu'une tentative, justifiée d'ailleurs par la remarque que lui avait suggérée en quelque sorte l'empirisme clinique. Il y avait des faits accumulés, et Fehling avait su lire dans ces faits, ce qui est le privilège des intelligences supérieures. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau concluant, dressé par Kummer (1), pour constater que cette efficacité surprenante de la castration contre l'ostéomalacie, s'est retrouvée dans presque tous les cas, sinon dans tous. Elle a été si manifeste, si constante que Fehling a été conduit à formuler une opinion nouvelle sur la nature de la maladie, opinion qu'il entoure cependant de grandes réserves, à juste raison, pensons-nous, car il existe des faits bien paradoxaux, bien contradictoires.

Cette nouvelle conception qui, indépendamment de l'efficacité merveilleuse de la castration bilatérale, avait en sa faveur la constatation, tout au moins chez les premières opérées de Fehling, d'une vascularisation anormale, intense (2) des

(1) *Loc. cit.*

(2) *Annales de gyn. et d'obst.*, septembre 1890, p. 199.

ovaires, peut être résumée de la façon suivante : « l'*ostéomalacie serait la conséquence d'une hyperactivité pathologique des ovaires. Les ovaires seraient de ce fait le point de départ de réflexes actionnant les nerfs vaso-dilatateurs des vaisseaux des os, aboutissant à une hyperémie passive et, consécutivement, à une résorption énergique des éléments du tissu osseux. La castration, en supprimant le foyer d'origine de ces réflexes, partant l'action sur les vaso-dilatateurs, aurait pour résultat la contraction des vaisseaux et la guérison* ».

Cette théorie a contre elle bien des faits : guérisons observées après la césarienne simple (Winckel, Breus, Guéniot, Freund, Solowij); guérisons non douteuses sous l'influence d'un traitement purement médical (Trousseau, Busch, Sternberg, etc.), constatation d'ovaires normaux ou même atrophiés (Hofmeier) (1); développement de l'ostéomalacie même chez l'homme (2), etc. De ces faits divergents, il semble ressortir au moins que l'affection ostéomalacique n'a pas une cause unique, que son étiologie est complexe, multiple, et qu'il n'y a pas lieu de rejeter délibérément les hypothèses diverses formulées par Bouchard. On est même conduit à penser que l'ostéomalacie comme l'albuminurie, le diabète, l'artériosclérose, etc., n'est pas, dans la plupart des cas, sinon dans tous, une maladie essentielle, primitive, qu'elle est plutôt l'aboutissant, l'expression symptomatique la plus accusée de processus divers.

(1) Cet état anatomique n'a pas été retrouvé dans d'autres cas, où cependant la castration s'est montrée radicalement curative. Ainsi, dans le cas rapporté par Hofmeier : femme âgée de 30 ans, atteinte d'ostéomalacie très accusée, qui paraissait tout à fait indépendante des causes habituelles incriminées (grossesse, accouchement, mauvaises conditions d'hygiène, etc...). Or les ovaires extirpés étaient petits, atrophiés, profondément vidés, sans hyperplasie ou dilatation anormale des vaisseaux. La couche ovigène était conservée seulement en quelques points avec quelques rares follicules et ovules. Somme toute, il y avait plutôt état atrophique et activité fonctionnelle réduite. (*Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 12, p. 226.)

(2) Il est vrai que l'ostéomalacie virile serait, d'après Richlinghausen, plutôt de l'ostéoporose. Le *Mercredi méd.* 1893, n° 2, p. 16.

Somme toute, la nature de l'ostéomalacie nous paraît entourée des mêmes obscurités. Mais, si c'est là un objet de préoccupation pour le médecin, surtout pour le savant médecin et le physiologiste, de cela le malade n'a nul souci, le praticien qu'une préoccupation relative. Pour le malade, il suffit que Fehling ait résolu, pratiquement, cette question embrouillée, véritable nœud gordien, à la manière d'Alexandre, qui avait su trancher le nœud sans se préoccuper de poursuivre les tours compliqués et décevants du lien.

Donc, le fait thérapeutique est acquis, et le nom de Fehling reste désormais attaché à cette nouvelle conquête de la chirurgie abdominale. Voici les conclusions qui nous paraissent découler de celle-ci :

1) En premier lieu, rappelons qu'il n'est pas douteux que le traitement médical ait procuré un certain nombre de guérisons. En conséquence, toutes les fois qu'il n'y a pas urgence, c'est à lui qu'on devra avoir recours. Il est surtout indiqué dans les cas où la maladie ostéomalacique est pour ainsi dire à l'état d'ébauche, aussi faut-il s'appliquer à la dépister. De plus, il ne faut pas oublier que ce traitement médical a réussi même contre des formes avancées de la maladie.

2) Quand il s'agit d'une femme non gravide, chez laquelle la maladie très accusée, a résisté à tous les traitements médicaux, et dont les conséquences sont pour une raison quelconque intolérables, il faut intervenir résolûment par la castration bilatérale. Nul acte chirurgical ne paraît plus justifié par les résultats thérapeutiques.

III. — Quand on a affaire à une femme en état de gestation, rarement on a l'occasion de songer à la provocation de l'accouchement prématuré. On est consulté trop tard. Dans le cas contraire, et si l'on évacuait à temps l'utérus, les conditions seraient les mêmes que celles envisagées dans la proposition précédente. Mais, en général, on est conduit à laisser la gestation aller à terme, et c'est à ce moment que se pose la question du choix du mode d'intervention : opération de Porro ou opération césarienne. Or, à l'heure actuelle,

malgré quelques faits en faveur de la seconde, l'avantage reste décidément à la première. Il est vrai qu'à l'opération de Porro on pourrait opposer, ainsi que le fait Velitz (1), la Césarienne suivie de l'extirpation des ovaires. Mais c'est là, pensons-nous, pour le moment, affaire de préférences individuelles, en attendant que la multiplication et l'enseignement des faits permette de formuler un jugement plus absolu (2).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

PORAK. — **Du danger des applications de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur.**

OBS. I. — .... 28 ans, rachitique, trois accouchements *à terme*, terminés par la *version*. Un enfant mort, *deux vivants*. Diamètres du bassin : épines 26, crêtes 29 ; bi-trochantérien 30 ; conjugué externe 16 1/2 ; conjugué diagonal ou promonto-sous-pubien 10,4.

Grossesse actuelle à terme, début du travail le 6 octobre à midi. A 6 heures, dilatation complète et rupture artificielle de la poche des eaux. La tête fœtale se place en O. I. G. T., mais ne s'engage pas. A 11 heures du soir, la tête est toujours au détroit supérieur et très inclinée sur le pariétal postérieur. Application du forceps de Poullet suivant le diamètre antéro-postérieur, qui permet de redresser la tête mais non de l'extraire. L'instrument menaçant de déraper, il est enlevé et on procède à une deuxième application, oblique cette fois ; extraction assez facile de l'enfant. Un examen vaginal pratiqué immédiatement après l'extraction par application oblique, fait constater une large ouverture du cul-de-sac de Douglas. Délivrance artificielle.

(1) Ueber die Heilung der Osteomalacie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXXIII, Hft 2, p. 337.

(2) Dans sa thèse, que nous avons déjà citée, le D[r] Beer fait à ce sujet la remarque suivante : « Tandis que la Césarienne, avec la castration bilatérale entraîne nécessairement trois plaies, l'opération de Porro n'en produit qu'une et permet, grâce à la technique adoptée par Fritsch, de rendre le moignon complètement extra-péritonéal, et d'éviter toute infection du péritoine ayant la plaie pour origine ». *Beiträge zur Behandlung der Osteomalacie*. Breslau, 1892, p. 30.

Enfant du sexe féminin; long de 51 cent,; du poids de 4,300 gr. Diamètres de la tête : O. F. 12,1; O. M. 13,9 ; B. P. 9,8 ; B. T. 8,1 ; S. O. B. 9,8.

Suites. — Après nettoyage minutieux du vagin, pansement à la gaze iodoformée, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. Jamais il n'y a eu d'élévation de la température. Enfant et mère ont quitté l'hôpital en parfaite santé. La déchirure vaginale, au moment du départ, était parfaitement cicatrisée.

Obs. II. — .... 41 ans, rachitique, trois accouchements antérieurs, le dernier il y a *dix* ans, trois enfants vivants. Bassin rétréci : diam. promonto-S. P. 9,7, *diam. conjugué vrai* 7,5 (mesuré à l'autopsie). Grossesse actuelle à terme ; début du travail le 18 octobre à 10 heures du matin. Rupture des membranes le 19 octobre à 9 heures du matin ; dilatation complète le 20 au matin.

Entrée à l'hôpital le 21 octobre. En ville, *trois* applications de forceps. A l'hôpital *quatre*, suivant le diamètre antéro-postérieur, la dernière par M. Porak. Le forceps ayant échoué, *comme l'enfant est vivant, que les doubles battements fœtaux sont perceptibles*, Porak se décide à tenter la symphyséotomie tout en faisant remarquer qu'elle se fait dans des conditions particulièrement défavorables. Opération, après laquelle extraction facile de l'enfant avec le forceps. Enfant né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé. Longueur 51 cent.; *poids* 3,350 *gr*. Diam. de la tête : O. F. 11,8 ; O. M. 13,4 ; B. P. 8,8; B. T. 7,2; S. O. B. 9,8.

Mort de la femme 24 heures environ après l'accouchement. L'autopsie permet de constater : dans le cul-de-sac de Douglas, fausses membranes, taches ecchymotiques et, dans une partie correspondant à la moitié supérieure du col, une déchirure du péritoine de 2 cent. à peu près, dont les dimensions diminuent en s'enfonçant dans le tissu utérin. Au niveau de la surface interne et plissée du col, on découvre assez difficilement un orifice ayant quelques millimètres de diamètre.

De ces deux faits, Porak croit pouvoir conclure : 1) On ne doit pas faire d'applications de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, parce qu'on n'est jamais sûr de ne pas déterminer des accidents graves de perforation. 2) Il ne faut pas faire d'injections vaginales ou intra-utérines, lorsqu'on s'est décidé à pratiquer cette opération.

Discussion : Pajot, Charpentier et Guéniot se prononcent

contre les applications de forceps au détroit supérieur faites suivant le diamètre antéro-postérieur (l'épaisseur des cuillères annule le bénéfice cherché dans la diminution du diam. B. P.; les dangers de contusion, de traumatisme des parties molles sont augmentés). En ce qui concerne la symphyséotomie, Pajot estime qu'elle était absolument contre-indiquée dans le second cas. Après 7 *applications de forceps*, on ne pouvait espérer sauver l'enfant. C'était faire courir, sans raison, un danger de plus à la mère. En semblables conditions, il pense que le plus sage consiste à faire deux, trois au plus, applications *prudentes* de forceps, et au cas d'échec, à perforer le crâne et à faire la céphalotripsie. CHARPENTIER se prononce aussi formellement contre la symphyséotomie dans ce cas, tandis que Guéniot, attribuant l'issue malheureuse exclusivement aux opérations antérieures et surtout à la rupture utérine, la juge moins sévèrement. BUDIN fait une première remarque : la femme dont il s'agit dans le premier cas a eu, sur 3 accouchements à terme, terminés par la version, 2 enfants vivants) dont le poids et les diamètres céphaliques ne sont pas indiqués). Ces résultats ne sont pas de nature à confirmer la supériorité, admise par certains accoucheurs, du forceps sur la version dans ces conditions. En ce qui concerne les applications de forceps suivant le diam. antéro-postérieur, il rappelle des expériences qu'il a faites sur le mannequin il y a plusieurs années, et qui démontraient, que dans les circonstances dont il est question (bassin rétréci, tête au détroit supérieur), les applications obliques sont autrement efficaces que les applications directes ou antéro-postérieures ; la 2e observation de Porak confirme ce résultat expérimental. En ce qui concerne le danger des applications antéro-postérieures, Budin cite un fait analogue aux 2 précédents, observé en 1888, à la clinique d'accouchement : Femme de 31 ans, atteinte d'un rétrécissement du bassin : D. P. S. P., 11 centim.; conjugé vrai 9 centim. 1/2 environ, accouchée 5 ans auparavant, après un travail long, à l'aide du forceps, d'un enfant mort. Dans le 2e accouchement, à terme, la tête en O. I. G. T. restant, malgré un travail énergique, au détroit supérieur, on fit une application de forceps oblique qui échoua. On procéda ensuite à une application antéro-postérieure qui échoua également. On fit alors la perforation du crâne et la basiotripsie. Mort 18 heures après l'accouchement. *Autopsie :* il existait des lésions sur la face interne de l'utérus, en arrière, à 3 centim. au-dessus du bord infé-

rieur du col, en avant à 2 centim. au-dessus de ce même bord. En arrière, les tissus étaient contus sur une étendue de 8 millim. de diamètre et la contusion occupait presque toute l'épaisseur du muscle ; le péritoine et le cul de-sac étaient intacts. En avant, la surface contuse était plus grande, les tissus étaient ramollis, en partie détruits et il existait une petite ouverture de 3 millim. de diamètre, qui faisait communiquer l'utérus avec la cavité vésicale. La vessie ayant été ouverte, on trouvait au niveau de sa face postérieure et de son bas-fond, de larges plaques ecchymotiques et violacées.

TOUCHARD lit **deux cas d'amnésie post-éclamptique.**

BERNHEIM. — **Expériences sur la symphyséotomie** (travail qui fera l'objet d'un rapport. Sera analysé à cette occasion).

MILLON. — **Observation de monstre de la famille des otocéphaliens.**

BAR et TISSIER. **Absence d'anus et de rectum chez un nouveau-né.** — Cadavre de nouveau-né, chez lequel on s'aperçut le 3e jour après la naissance (vomissements, absence de selles), qu'il n'y avait pas d'anus. Après une tentative infructueuse d'arriver sur le bout inférieur de l'intestin au moyen de la périnéotomie médiane, M. Bar pratiqua un anus contre-nature. Incision un centimètre environ au-dessus de l'arcade crurale, et parallèlement à cette arcade, de la paroi abdominale ; suture aux lèvres de la plaie de l'S iliaque, création de l'anus artificiel. Les accidents s'amendèrent un instant. Néanmoins, l'enfant succomba 5 jours après l'opération.

Discussion : Championnière rappelle que dans ces cas, la résection du coccyx facilite beaucoup l'intervention directe. D'autre part, il fait remarquer que l'avenir de ces malades est toujours très compromis.

BAR. — **Fœtus présentant une cicatrice spéciale de la peau,** au niveau de la région lombaire droite ; la peau est en ce point remplacée par une mince pellicule. Au-dessus de la fesse gauche et à son niveau, apparaissent une série de sillons plus ou moins profonds. En aucun point, traces de filaments membraneux ni de brides amniotiques.

NITOT présente **deux utérus myomateux** énormes, enlevés pour hémorrhagies graves. L'examen de la cavité utérine montre que, contrairement à une opinion assez accréditée, la muqueuse est absolument lisse. Pas la moindre apparence de l'endométrite fon-

gueuse, hémorrhagipare qui, d'après certains auteurs, compliquerait communément les fibromes utérins.

Doléris, au nom du Dr Blondel, présente un **nouveau porte-aiguilles**.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

SYMPHYSÉOTOMIE (suite) (1).

Symphyséotomie avec issue heureuse pour la mère et pour l'enfant (Symphyseotomie mit glücklichen Ausgang fur Mütter und Kind), Desiderius v. Velits. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 40, p. 777.

La série des succès à l'actif de la symphyséotomie se continue, voici un nouveau cas : .....21 ans, 1er accouchement en février 1890, terminé par la crâniotomie après tentative infructueuse de forceps sur la tête élevée ; 2e accouchement en juillet 1891, perforation de la tête fœtale située au-dessus du détroit supérieur ; enfant du sexe féminin, du poids de 3200 grammes sans la substance cérébrale. Entrée à l'hôpital le 17 août 1892. *Examen* : femme haute de 144 centim. ; a commencé à marcher seulement vers 4 ans. Tibias modérément incurvés ; lordose lombaire. Diamètres pelviens : épines 26 cent ; crêtes 27 ; conj. externe 16,5 cent. ; conj. diag. 9,5 cent. ; conj. vrai 7,5 cent. ; double promontoire, bassin généralement rétréci, plat, rachitique. Rupture des membranes, l'orifice étant dilaté, le 17 août à 5 heures de l'après-midi ; présentation du sommet, tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Malgré les contractions énergiques la tête ne s'engageant pas, et la version et le forceps ne laissant pas, à cause de la déformation pelvienne, l'espoir de sauver l'enfant, symphyséotomie. « *La symphyse fut sectionnée de haut en bas et d'arrière en avant seulement dans ses 3/4, ce qui donna un premier écartement de* 1 — 1 1/2 *cent. Alors, à l'aide de pressions exercées sur le fond de l'utérus, on essaya de faire pénétrer la tête dans le bassin. La manœuvre ayant échoué, et l'état de l'enfant exigeant une terminaison rapide, le forceps de Breus fut appliqué. Après une légère traction la partie respectée de la symphyse cédait, amenant de*

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1892, décembre, p. 468.

ce fait un écartement de 4 cent. » Extraction aisée d'un enfant, long de 51 cent. et du poids de 3200 grammes. Circonf. céphalique 35 cent. ; B. T. 8,25 ; B. P. 9,25; O. F. 11,5.

Le 21e jour après l'opération, constatation au niveau de la symphyse d'un cal (?) puissant. Le 22e jour l'accouchée se lève ; marche aussi sûrement qu'avant l'opération. Le 26e elle quitte la clinique avec son enfant, bien portants tous les deux.

Desiderius V. Velitz accepte d'une manière générale les opinions exprimées par Léopold sur la symphyséotomie. En ce qui concerne la *section partielle de la symphyse*, proposée par ce dernier, bien que dans l'observation actuelle la section se soit complétée sous l'influence d'une traction légère, il pense qu'en tout cas elle prévient sûrement des lésions du ligament triangulaire, du corps caverneux, et de l'urèthre. R. L.

Contribution à la pratique de la symphyséotomie. (Contributo alla pratica della sinfisiotomia), par FRANCESCO CARUSO. *Annali di Ostet. e Ginecologia*, no 4, avril 1892.

OBS. I. — 24 ans, mariée à 22 ans. Atteinte de rachitisme dans l'enfance. 1er accouchement en juin 1890. Le travail dura environ 48 heures. La tête fœtale fut expulsée spontanément, mais avec la fontanelle antérieure rompue, lésion attribuable à des manœuvres pratiquées par la sage-femme avec l'intention de terminer l'accouchement. Mais, le tronc était resté en arrière. Il fut extrait une heure après par un accoucheur qui appliqua un lacs sur le cou. Fœtus plutôt petit, mort. La femme redevint enceinte 3 mois après environ, et le 5 juin 1891 elle ressentait les premières douleurs de l'accouchement. Dans la nuit du 6 au 7, rupture de la poche des eaux. Le 9 au matin, la sage-femme ayant constaté qu'il s'écoulait du méconium, réclama l'assistance d'un médecin.

Caruso trouva à son arrivée une femme petite, dont tout le squelette présentait des traces évidentes de rachitisme, et assez épuisée par la longue durée du travail. Utérus inerte, liquide amniotique presque complètement écoulé. Mais, le fœtus en présentation du sommet, O.I.G.T., était vivant, et les battements du cœur suffisamment bons. L'orifice était à peu près complètement dilaté, et la tête fœtale, volumineuse, immobilisée au détroit supérieur. Bassin : promontoire facilement accessible, diamètre des épines, 26 ; des crêtes, 24 ; bi-trochantérien, 28,5 ; conj. externe, 18 ; conj. diag., 8,5 ; conj. vrai, 6,7 — 7 cent. En ces conditions, il opta pour la symphyséotomie qui fut acceptée aussi bien par la malade

que par son entourage. Toutes précautions antiseptiques étant prises, l'opération fut faite, et, à cause de l'inertie utérine, l'enfant fut extrait avec le forceps immédiatement après la section de la symphyse. L'extraction ne fut pas pénible. Malheureusement, le fœtus qui présentait deux circulaires très serrés, vint en état d'asphyxie et, malgré 3/4 d'heure d'efforts, il fut impossible de le ranimer. Délivrance artificielle. Suture de l'incision supra et prépubienne. Pansement avec de la gaze au sublimé et de l'ouate. Immobilisation du bassin et membres inférieurs maintenus rapprochés au moyen d'une cravate nouée au-dessus des genoux.

Enfant. — Du sexe masculin, longueur 53 cent. ; poids 4200 gr. *Diamètres céphaliques* : O.M. 13,8 ; O.F. 11,3 ; S.O.B. 8,9 ; B. P. 9,1 ; B.T. 8. *Cordon ombilical* 58 cent.

Suites. — Les 2 premiers jours, cathétérisme. Le 10e jour, enlèvement des points de suture. Réunion *per primam*. Aucune douleur au niveau des articulations sacro-iliaques. L'opérée quitte le lit le 20e jour, malgré les recommandations faites de ne pas se lever avant le 30e. La marche est absolument comme avant l'opération.

Obs. II. — E..., 32 ans, de Naples. Dans son enfance a été souvent forcée de porter des poids trop lourds pour son âge. Mariée en 1889, elle a fait successivement 3 avortements de 2-3 mois. Devenue enceinte pour la 4e fois au commencement de mai 1891, et craignant d'avorter, elle a gardé le lit presque tout le temps de sa grossesse. Examen : femme petite (1m,32) ; grossesse au commencement de la seconde quinzaine du 9e mois. Fœtus de moyen volume, vivant, en présentation du siège, 1re position. Col utérin ayant encore toute sa longueur, membranes intactes. Bassin : promontoire aisément accessible. Epines, 20 ; crêtes, 23,5 ; bi-trochant., 28,5 ; conj. externe, 17,5 ; conj. diag., 8,5 ; conj. vrai, 7 cent. environ.

Premières douleurs le 31 janvier. Pendant les jours suivants, jusqu'au 10 février, les douleurs se continuèrent mais très faibles. Le 10 février, la dilatation étant à peu près complète, les membranes étant rompues depuis le 7, symphyséotomie. On attendit un peu, mais les bruits du cœur de l'enfant paraissant affaiblis, l'enfant fut extrait par les pieds qui procidaient. Soins consécutifs comme dans le cas précédent. *Enfant vivant*, longueur, 49 cent. ; poids, 3000 gr. *Diamètres céphaliques* : O.M. 13 ; O.F. 11,2 ; S.O.B. 9 ; B.P. 9 ; B.T. 8. *Circonférence* O.M. 36 ; O.F. 34 ; S.O.B. 32 cent.

Suites opératoires apyrétiques. Les 5 premiers jours, cathétérisme vésical. Le 10e jour, enlèvement des fils. Réunion *per primam*. La femme quitte le lit un mois après avoir été opérée. Les pubis sont bien soudés. Pas le moindre trouble de la marche.

Technique opératoire. — Raser et désinfecter la région opératoire. Cathéter métallique dans la vessie ; délimitation soigneuse de la symphyse ; incision médiane mesurant 7-8 cent., commençant à 1 1/2 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse et, à la hauteur du clitoris, s'écartant à gauche de façon à ménager cet organe. Désinsertion partielle des muscles droits. Introduction de l'indicateur gauche le long et immédiatement en arrière de la face postérieure de la symphyse ; section de la symphyse avec un bistouri courbe, de haut en bas et d'avant en arrière jusqu'au ligament triangulaire, et celui-ci toujours de bas en haut mais d'arrière en avant, ce qui donne un écartement des os pubiens de 3-4 cent. Les os iliaques doivent pendant l'opération et après être soutenus. Tamponnement avec de la gaze iodoformée du vide produit par l'écartement des os pubiens. Cela fait, et suivant l'état de l'enfant, on attend ou l'on procède immédiatement à son extraction. Sous l'influence du passage de la tête à travers le détroit supérieur, l'écartement atteignit 9 cent. dans la 1re observation et 8 cent. 5 environ dans la seconde. Délivrance. Suture des parties molles (6 à 7 sutures à la soie) dans laquelle il importe d'embrasser les fascias situés en rapport avec la face antérieure de la symphyse. Gaze au sublimé, bandage ouaté, ceinture pelvienne ; jambes maintenues rapprochées (1).

Caruso résume ensuite, dans un tableau synoptique, toutes les opérations de symphyséotomie pratiquées par l'école de Naples, depuis la statistique publiée par Morisani (2), jusqu'à l'époque de son travail. En tout, 22 symphyséotomies. Morisani 11 ; Mancusi 6 ; Caruso 2 ; Postiglione 1 ; Seibelli 1 ; Campione 1 (3).

L'examen de ce tableau montre que :

---

(1) « Je crois, dit Carusso, que ce manuel opératoire est préférable à tous ceux qui ont été appliqués et proposés et il ajoute en note : « Ces lignes étaient écrites quand j'ai eu l'occasion de lire la conférence du professeur Pinard ur la symphyséotomie » (*Ann. de Gyn.*, février 1892).

(2) *Annal. di Ostet. e Ginec.*, 1886, p. 388-391.

(3) Les 11 observations de Morisani, les 6 de Mancusi, celles de Postiglione et de Campione font partie de la statistique publiée par Spinelli dans ces Annales en janvier 1892.

1) Depuis l'application de la méthode antiseptique, il n'est pas mort une seule symphyséotomisée. Des enfants, deux succombèrent (l'un est celui dont il est question dans le 1er cas de Caruso ; le 2e, venu en état d'asphyxie, avait pu être ranimé, mais il mourut 12 heure après) (1).

2) Dans le plus grand nombre des cas, les suites de couches furent apyrétiques, normales.

Réunion par première intention, saúf une fois. Dans un cas, il y eut de la suppuration au niveau de 2 trajets de points de suture : 3 fois, le puerperium ne fut pas normal, mais les accidents (paramétrite, endométrite) ne peuvent pas être attribués à l'opération mais à l'opérateur. Il en est de même de 3 fistules urinaires (2 fistules vésico-vaginales, 1 uréthro-vaginale).

3) Jamais on n'observa d'accidents tardifs (pas de troubles vésicaux, pas de gêne du côté des membres inférieurs, ni de la marche), 5 *femmes furent symphyséotomisées deux fois, avec succès complet quoad valetudinem.*

4) La symphyséotomie est indiquée dans les cas de bassin rétréci (67-81 millim. pour le diamètre conjugué vrai). Elle n'entre pas en concurrence avec la césarienne qui reste indiquée pour les bassins au-dessous de 67 millim., mais avec la perforation, ainsi que l'a fait remarquer Morisani. Seulement, comme avec la perforation tous les enfants sont fatalement sacrifiés, il n'est pas douteux qu'il faille donner la préférence à sa rivale. Dans les rétrécissements pelviens au-dessus de 81 millim., une application de forceps au détroit supérieur peut donner en certains cas de bons résultats. On y aura donc recours. Mais, si après quelques tractions modérées, circonspectes, on n'a pas réussi, il faut faire la symphyséotomie.

R. L.

De la symphyséotomie et de la rupture de la symphyse. (Ueber Symphyseotomie und Symphysenrupture), Zweifel. *Cent.f.Gyn.*, 1892, n° 44, p. 857.

Femme âgée de 37 ans, mariée depuis 10 ans, a eu déjà 7 accouchements à terme, tous terminés avec l'aide d'un médecin (6 fois la version, 1 fois le forceps). Un accouchement avant terme, à 8 mois, spontané, terminé par la naissance d'un enfant, seul survivant. Tous les autres enfants, étaient mort-nés.

(1) C'est le même dont il est question dans la statistique de Spinelli (*Annales de Gynécologie*, janvier 1892.

Cette femme qui désirait à tout prix avoir un autre enfant vivant, entra à la clinique décidée à subir l'opération césarienne. L'enfant était à terme, vivant, en présentation du sommet, 1re position. Bassin plat rachitique : épines, 26 ; crêtes, 28 ; troch. 31 ; conj. ext., 17 ; conj. diag., 10.

Cette femme avait marché tard, à 3 ans. Les dents aussi bien que les membres présentaient des traces évidentes de rachitisme. Taille 1m,54.

Travail commencé 2 jours auparavant, la poche des eaux rompue depuis 36 heures, la dilatation comme la paume de la main ; bords de l'orifice flasques, pendants dans le vagin. Tête élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur ; suture sagittale suivant le diamètre transverse ; un faible segment de la tête fœtale saillant dans l'excavation.

Étant donnés l'étroitesse pelvienne et les mauvais résultats, quant aux enfants, fournis par la version dans les accouchements antérieurs, ce mode de traitement fut écarté. Pour le forceps, en raison des disproportions accusées entre le bassin et la tête de l'enfant, il ne laissait guère d'espoir de sauver celui-ci.

Dans ces conditions, les résultats excellents obtenus par Zweifel avec la césarienne (résultats si remarquables que, pratiquée sur une femme ne présentant pas d'accidents fébriles et l'enfant étant vivant, elle permet d'espérer, presque à coup sûr, le salut des deux êtres), l'inclinaient fortement à adopter ce mode d'intervention. Toutefois, ébranlé par les succès si surprenants annoncés par l'école italienne à l'actif de la symphyséotomie, c'est à celle-ci qu'il se décida. L'opération fut faite le 27 septembre 1892.

La section complète de la symphyse, qui fut faite en deux temps (1), prit 15 minutes. En raison des tractions vigoureuses pendant l'extraction de l'enfant, les symphyses sacro-iliaques coururent un grand risque d'être rompues.

(1) Zweifel fit, en effet, la symphyséotomie en deux temps. Car, s'inspirant de l'idée émise à ce sujet par Léopold (*Ann. de Gyn.*, octobre 1892, p. 291), non seulement il *respecta d'abord le ligament sous-pubien, mais ne sectionna que la moitié supérieure de la symphyse* ; or, l'écartement ne fut que d'un centimètre. A ce moment, l'extraction tentée avec le forceps Tarnier, échoua. La section fut alors complétée, y compris le ligament sous-pubien, ce qui donna, sous l'influence des tractions, un écartement de 6,5 cent. Il fut noté dans cette opération, une hémorrhagie assez abondante, due vraisemblablement à une lésion des corps caverneux du clitoris, et qui donna assez de mal pour l'hémostase (ligature médiate).

Enfant : longueur, 53 cent. ; poids, 3500 grammes. *Dimensions de la tête* : O. F. 12 cent ; B. P. 8 ; B. T. 9 1/2 ; O. M. 12 3/4 ; circonf. O. F. 36 ; circ. S. O. F. 34 1/2. Os crâniens très durs. Diamètre et circonférence des épaules, 13, 38 ; de la poitrine, 9,31 1/2 ; des hanches, 9, 29.

Suites opératoires : Immédiatement après l'opération, l'urine fut légèrement sanguinolente ; mais le lendemain elle était redevenue limpide. Miction spontanée ; 3 semaines après avoir été opérée, la femme pouvait se tenir debout et marcher sans éprouver aucune souffrance.

Quant à l'enfant, qui était venu au monde en état d'asphyxie profonde, mais qui avait pu être ranimé, il mourut de pneumonie le 4e jour ; d'ailleurs, déjà avant l'intervention, les bruits du cœur étaient affaiblis. R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Alvord (A. W.). The past, present and future of gynecology. *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892, XVI, 48-60. — **Amann.** Zur Darstellung von Lymphbahnen in Uterus. *Sitzungsbericht d. Gesellsch. f. Morphol. u. Physiol.,* München, 1892, VII, 74. — **Baldy.** Insanity following gynecological operation. *Tr. Am. Gynec. Soc.,* Philad., 1891, XVI, 76. — **Brothers.** Notes on two cases of spontaneous intermittent hemorrhagies. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLII, 362. — **Charpy.** La position de l'utérus. *Arch. de toc. et de gyn.*, nov., 1892, p. 873, 893. — **Ciccone.** Significato clinico dei mestrui rispetto alla fecondabilita della donna. *Morgagni*, Milano, 1892, XXXIV, 284, 349. — **Döderlein.** Die Therapeutischen Schlussfolgerungen aus der Untersuchung des Scheidensecretes. *Therap. Monatsh.* Berlin, 1892, VI, 446. — **Doléris** et **Bourges.** Recherches sur l'association du streptocoque pyogène et du *proteus vulgaris. Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.,* novembre 1892, p. 501. — **Doran.** Les complications de l'inflammation du canal génital. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1892, p. 521. — **Eichholz.** Ein neues Opfer der Intrauterin Injeckionen. *Frauenarzt.* Berlin, 1892. — **Haviland.** A needle in the ovary. *Med. Rec.,* N.-Y., 1892, XLII, 398. — **Herff.** Ueber den feineren Verlauf der Nerven in Eierstoocke des Menschen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* Stuttg., 1892, XXIV, 289. — **Ill.** Exploration of the abdominal and pelvic contents under anaesthesia. *Ann. Gynec.*, 1892. — **Jacobs (Ch.)** Institut gynécologique. Statistiques des opérations pratiquées en 1889-1890-1891. Bruxelles, 1892. H. Lamertin, 80 p. — **Keating (J. M.).** Constipation a factor in uterine disorders. *Denver M. Times*, 1892. — **Die Königliche.** Universitäts Frauenklinik in München in den Jahren, 1884-1890. *Berichte und Studien.* Hrsg. von Dr F. von Winckel. Leipz., 1892. — **Laplace.** The relation of micro-organisms to the diseased endometrium. *Am. J. M. Soc.,* Phila., 1892, CIV. 438. — **Neugebauer.**

Eine ihrem Ausgange nach enizig destehende Beobachtung von frakturärer Spaltung der Beckenriges. *Cent. f. Gyn.*, n° 47, p. 913. — **Oliver**. On free fluid in the abdominal cavity of the female. *Lancet*, London, 1892, II, 708. — **Playette**. Dualité des néoplasmes. *Arch. de toc. et de gyn.*, novembre 1892, p. 830. — **Schmidt**. Movable kydney and diseases of the generative organs in the female. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLII, 469. — **Sinéty**. *De la stérilité chez la femme et de son traitement.* Paris, 1892. — **Skutsch (F.)**. Zur Geschichte der combinirten gynäkologishchen Untersuchung. *Wien. med. Bl.*, 1892. — **Sochava**. Air passing audibly by the vagina. *Lancet*, London, 1892. — **Tipjakoff**. Einige Bemerkungen über die Cholera bei Frauen. *Cent. f. Gyn.*, n° 40, p. 481. — **Uerow**. Ein Fall von doppelseitigem Fibromyom des Bechendegewebes. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 942. — **Webster (J. C.)**. A short abstract of researches in female pelvic anatomy. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys. Edinb.*, Edinb., Lond., 1892. — **Witte**. Bacteriologische Untersuchungsbefunde bei pathologischer Zuständen in weiblichen Genitalapparat, mit besonderer Berücksichtigung der Eiterreger. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXV, Hft 1, p. 1.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Agapoff**. *Du traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine.* St-Pétersbourg, 1892. — **Amann**. Ueber das Curettement. *Ann. d. städt allg. Krankenh.* zu München, 1892. — **Apostoli**. Des contributions nouvelles du traitement électrique. faradique et galvanique au diagnostic en gynécologie. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1892, p. 462. — **Becker**. Quelques principes généraux relatifs au traitement des endométrites et de leurs complications ovaro-salpingitiques. *Presse méd. belge.* Brux., 1892. — **Boursier (A.)**. Du cathétérisme de la trompe de Fallope. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1892. — **Crofford (T.-I.)**. Drainage for septic conditions of the uterus. *Memphis M. Month*, 1892. — **Duvelius**. Zur chlorzinkanwendung. *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 807. — **Edebohls (G. M.)**. Combined gynecological operations. *Am. J. M. Sc.* Phila., 1892. — **Ford (W. E.)**. The methods of administering galvanism in gynecology. *Tr. M. Soc.* Phila., 1892. — **Gehrung**. Preventive and conservative treatment of pelvic tumors. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 303. — **Goffe (J. R.)**. The treatment of chronic endometritis by dilatation, curettage and packing with iodoform ganze, and its wide application to allied conditions. *Virginia M. Month.* Richmond, 1892. — **Gottschalk (S.)**. Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. *Therap. Monatsh.* Berl., 1892. — **Kjaergaard (N.)**. Om Uterinfibromrs Behandlung med. Elektricitet. *Gynaek og obst. Medd.* Kjobenh, 1892, IX, 195. — **Kleinwächter (L.)**. Die Discission des Muttermundes in retrospectiver Betrachtung. *Wien med. Presse*, 1892, XXXIII, 921. — **Lebrun**. Le curettage de la matrice. *Presse méd. belge.* Brux., 1892, 229-231. — **Lobingier**. Irrigation of the bladder in chronic cystitis of women. *Med. News.* Phila., 1892, LXI, 425. — **Makawejew**. Mineralbader zur Zeit der normalen und pathologischen Menstruation. *Zeitsch f. Geb. u Gyn.* Bd XXV, Hft I, p. 77. — **Mc Laren**. Treatment of pyosalpinx. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, II, 896. — **Mc Murtry (L. S.)**. The relation of the so called minor gynecological operations to intra-pelvic inflammation. *Buffalo M. and S. J.*, 1892. — **Panecki**. Ueber die Anwendung der Kathode des constanten Stromes bei der Behandlung der Uterusmyome. *Therap. Monatsch.*, Berlin, 1892, VI, 454. — **Reeve**. The advantages of mixed narcosis in gynecological surgery. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1891, XVI, 20. — **Routh (A.)**. Rapid dilatation of the uterus for diagnosis

and treatment in cases of uterine hæmorrhage. *Practitioner*, London, 1892. — **Schäffer**. Die elektrische Behandlung der uterusmyome. *Therap. Monatschr.* Berl., 1892, VI, 448. — **Schultz** (**H**.). Application of ichthyol in diseases of women. *Pest. med. chir. Presse.* Budapest, 1892. — **Walter** (**Anne**). Dr Joseph Price's treatment of laparotomy patients. *Virginia M. Month.* Richmond, 1892. — **Ziegenspeck**. Einige bemerkenswerte Falle von Heilungen durch Thure Brandt's Massage. *Aerztl. Rundschau*, München, 1892, II, 469.

ANOMALIE DES ORGANES GÉNITAUX. — **Eberlin**. Zur Casuistik der Entwikelungsfehler der weiblicher Genitalien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXV, Hft 1, p. 93. — **Giglio**. Tre casi di malformazioni dei genitali muliebri. *Ann. di ostet.*, Milano, 1892, XIV, 454. — **Görl**. Cyste in Hymen einer Erwachsenen. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLII, Hft 3, p. 381. — **Schauta**. Ueber eine wenig bekannte Form von theilweise mangelhafter Entwicklung des Uterus. *Intern. klin. Rundschau*, Wien., 1892, VI, 1297.

VULVE ET VAGIN. — **Staurjale**. Ricerche anatomo-patologiche su di un caso di elefantiasi dei genitali esterni muliebri con riscontro dei nodi vaso-formativi. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1892, XIV, 361. — **Zeiss**. Carcinom des Labium minus, der Portio vaginalis und der Mamma. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 780.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Akontz** (**K**.). Prolapse of vagina and uterus. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1892, XXXVI, 249. — **Braithwaite** (**J**.). On an operation for the cure of aggravated retroflexion of the uterus. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 157. — **Gelpke**. Beitrag zur operativen, Behandlung des Gebarmutter vorfalles. *Cor. Bl. f. schweiz.* Aerzte, 1892, XXII, 514. — **Henning**. A case of acquired complete atresia of the cervical canal: with menstrual retention, resulting from syphilitic ulcers in the canal; operation, with complete recovery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLII, 190. — **Herrick** (**O. E**.). Operative procedures in uterine displacements. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phila., 1892, 244. — **Mc Laren** (**A**.). The treatment of procidentia. N.-Y., *J. Gynaec. and Obstet.*, 1892, II, 822. **Puech** (**P**.). Inversion chronique de l'utérus; application d'un pessaire à air; réduction spontanée après le 24e jour. *N. Méd., Montpellier*, I, 703. — **Schauta**. Ein Fall von Inversio uteri im 78 Lebensjahre. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXV, Heft 1, p. 30. — **Westermark** (**F**.). Ny operations metod mot uterus prolapsen Svens. *Läk. Sällsk. n. Handl.* Stockholm, 1892, 58. — **Wolf**. *Ueber ventrale Fixation bei Lageveranderungen des Uterus.*, Basel, 1892.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Baldy** (**J. M**.). Endometritis. *Internat M. Mag.* Philad., 1892. — **Clarke** (**A. P**.). The importance of surgical treatment for laceration of the cervix uteri. *Internat. M. Mag.*, Philad., 1892, I, 814, 816. — **Dupuy**. *Des métrorrhagies essentielles ou idiopathiques*, Paris, 1892. — **Goodel** (**W**.). A case of menorrhagia treated by the curette. *Med. Bull.*, Phil., 1892. — **Hewitt** (**G**.). Note on lacerations of the cervix uteri. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1892, 220. — **Kehrer**. Ueber Gynatresien und deren Behandlung. *Frauenartz.*, Berl., 1892. — **Lagarde** (**A**.). De la amputacion alta en el alargamiento hypertrofic del cuello y sobre un caso de kolpocleisis por ruptura de la vejiga. *Rev. Soc. med. argent.*, Buenos-Ayres, 1892, 274. — **Metcalf** (**W. F**.). Reflex disturbance, attributable to chronic cervical endometritis, *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892, XVI, 348. — **Mulhe-**

ron (J. J.). Early trachleorrhaphy. *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892, 333. — **Plasentia** (J.). Giuatresia : ausencia parcial de la vagina, hemato-colpo-metra, evacuacion, drenaje, establecimiento del flujo menstrual con persistencia de la vagina ; embaraza. *Rev. cien. med.* Habana, 1892.— **Roncaglia**. Un caso di ipertrofia sopra vaginale primitiva de collo uterino. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1892, VII, 217, 301. — **Waldo** (R.). Treatment of endometritis. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Philad., 1892. — **Wylie** (W. G.). The importance of drainage in the treatment of the diseases of the endometrium. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1982.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Albert** (E.). Eine neue Modification der Stumpfversorgung bei Abtragung des myomatösen Uterus. *Wien. med. Presse*, 1892, XXXIII, 1161. — **Amann**. *Ueber Neubildungen der Cervicalportion des Uterus*, München, 1892. — **Baer** (B. F.). Multiple fibromata uteri ; removal of ovaries and tubes ; continued growth of tumors. *Ann. Gynaec. and Paediat.* Phila., 1891-92, V, 660. — **Baer**. Supravaginal hysterectomy without ligature of the cervix, in operation for uterine fibroïds ; a new method. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1892, XXVI, 489. — **Boeckel** (J.). Des indications de l'hystérectomie vaginale en dehors du cancer de l'utérus. *Gaz. méd. d. Strasbourg*, 1892, LI, 37. — **Brucke**. Ueber subcutane Myomotomie. *Berlin thierärztl. Wchschr.*, 1892, VIII, 433. — **Chénieux**. Hystérectomie abdominale pour tumeurs volumineuses de l'utérus. *Limousin méd.*, Limoges, 1892, XVI, 84. — **Coelho** (S.). Hysterectomia vaginal para tratamento de sarcoma uterino ; cura. *Med. contemp.*, Lisb., 1892, X, 191. — **Cordier** (A. H.). A plea for early surgical treatment of cancer of the uterus ; complications met with. *Kansas M. J. Topeka*, 1892. **Currier** (A. F.). Amputation of the vaginal portion of the cervix uteri in cases of suspected carcinoma. *Tr. M. Soc. N. Y.*, Philadelphia, 1892, 219. — **Cushing** (S.-W.). Vaginal hysterectomy for cancer. *Tr. M. Soc. N. Y.*, Phil., 1892, 203, — **Durante**. Isterectomia per fibromioma. *Bull. d. r. Acad. Med. di Roma*, 1891-2, XVIII, 260. — **Gordon** (S.-C.). Hysterectomy without pediclo. *New-York J. Gynaec. and Obstet.*, 1892, II, 749. — **Ingalls**. Sloughing fibroids of the uterus. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 338. — **Hochenegg**. Demonstration einer neuen Methodeder Uterusextirpation, *Wien. Med. Presse*, 1892, XXXIII, 984. — **Janvrin** (J. G.). Vaginal hysterectomy for malignant disease of the uterus. *New-York J. Gynaec. and Obstet.*, 1892, II, 813. — **Kleinschmidt**. Cancroïde Papillargeschwulst der vorderen Muttermundslippe. *K. Univ. Frauenklin. in München*, 1884-90, Berl., Leipz., 1892, 132. — **Kleinschmidt**. Vier Fälle von Carcinoma uteri oder vaginal. *K. Univ. Frauenklin. in München*, 1884-90, Berl., Leipz., 1892. — **Krukenberg** (R.). Vaginal total extirpation of the uterus on account of carcinoma and sarcoma. *Ann. Gynaec. and Paed.*, Phila., 1891-92, V, 730. — **Landerer**. Ein Adeno-Carcinom des Corpus uteri. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXV, Hft 1, 45. — **Leopold**. Zur Myomotomie mit intraperitonealer Stilebehandlung. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXV, Hft 1, p. 181. — **Mangiagalli**. Presentazione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazioni sul diagnostico del carcinoma uterino. *Atti d. Ass. Med. lomb.*, Milano, 1891-92, 45. — **O'Sullivan** (M. U.). Multiple fibro-myoma of uterus ; hysterectomy ; cure. *Austral. M. J. Melbourne*, 1892, n. s., XIV, 278. — **Péan**. De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe. *Med. contemp.*, Paris, 1892, XXXIII, 153. — **Pfannen-**

stiel. Ueber das gleichzeitige Auftreten von Carcinom am Collum und Körper des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, n° 43, 841. — **Ross** (**J. F. W.**). Complete abdominal hysterectomy. *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892, XVI, 395. — **Schaldemose** (**V.**). Extirpatio uteri totalis. *Gynaek. et Obst. Medd.*, Kjobenh., 1892, IX, 191. — **Stone** (**I.-S.**). Complete abdominal hysterectomy. *Ann. Gynaec. and Paed.*, Phila., 1891-92, V, 725. — **Tipjakoff**. Ueber Gebarmutterkrebsoperationen. *Cent. f. Gyn.*, n° 43, 841.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Eberhart**. Ein Fall von hämorrhagischer Oophoritis. Perioophoritis und Perisalpingitis mit dem Ausgang in Hämatoma ovarii. *Cent. f. Gyn.*, n° 41, 806. — **Edebohls**. Die Tuberkulose der Tuben und des Peritoneums mit besonderer Beziehung auf die Diagnose. *Frauenarzt*, Berl., 1892, VII, 286, 339. — **Ingraham** (**H. D.**). Undevelopped uterus and double hydrosalping in a girl of 17. *N.-Y. J. Gynæc. and Obst.*, 1892. — **Iversen** (**A.**). Om periuterine Suppurationer. *Ugesk. f. Laeger.*, Kjobenh., 1892. — **Jullien**. De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes. *Arch. de toc. et de gyn.*, décemb. 1892, 902. — **Noble**. Salpingitis considered in its relation to pregnancy and the puerperal state. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1891, XVI, 480. — **Tipjakoff**. Peritonealadhäsionen. *Cent. f. Gyn.*, n° 52, 1024.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Goggans** (**J. A.**). The diagnostic of some abdominal tumors snpposed to be ovarian. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891-92. — **Ingraham** (**H. D.**). Cyst of the left broad ligament completely fills the abdominal cavity, simulating ascites. *N.-York. J. Gynæc. and Obst.*, 1892. — **Muller**. Ueber Carcinom und Endothelium des Eierstockes. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLII, Hft 3, p. 387. — **Nigel Stark**. Case of ovarian Dermoid Tumor operated upon. *Edinb. M. J.*, nov. 1892, 456.

ORGANES URINAIRES. — **Frank** (**R.**). Perforation der Blase durch Zorang-Schilling'sches Pessarium. *Internat. Klin. Rundschau*, Wien, 1892, VI, 1100. — **Füth**. Zur Tastung der Harnleiter beim Weibe. *Frauenartz.*, Berlin, 1892, VII, 327. — **Græfe**. Ueber einen Fall von Prolaps der Weiblichenurethra. *Cent. f. Gyn.*, n° 39, p. 766. — **Morisani**. La prima centuria di done operate di fistole uro-genitali. *Giorn. internal d. sc. med.*, Napoli, 1892, XIV, 281. — **Reblaud**. *Des cystites non tuberculeuses chez les femmes*, Paris, 1892. — **Schaeffer**. Mangel der Nieren und Schwanzbildung. *Cent. f. Gyn.*, n° 39, p. 768. — **Thirlar**. Des troubles de l'appareil genital de la femme consécutifs au rein mobile. *Cliniq.*, Brux., 1892, VI, 593.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Amann** (**J.**). Todesfälle nach Laparotomien. *K. Univ. Frauenklin. in München* 1884-90 Berr., Leipz., 1892, 277, 284. — **Boise** (**E.**). Two cases in abdominal surgery. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 753-759. — **Carstens** (**J. H.**). One year's work in laparotomy. *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892, XVI, 301-304. — **Charrier**. De la castration chez la femme comme traitement de la dysménorrhée dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires. *Gaz. méd. de Par.*, 1892, I, 452. — **Charrier** et **Casenave**. De la castration comme traitement des hémorrhagies dans les fibromes de l'utérus. *Gaz. méd. de Paris*, 1892, I, 483. — **Croftord** (**E. J.**). Some unusual

cases in recent abdominal work; *Am. Gynec.*, 1892, II, 488-491. — **Cushing**. Abdominal section for diagnostic purpose. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLII, 415. — **Estor (E.)**. Deux cas d'hystéropexie. *N. Montpel. méd. Suppt.*, 1892, I, 649. — **Fraisse**. Une première série de 30 laparotomies. *J. de méd. de Paris*, 1892. — **Harris**. Cœliotomie, *versus* Laparotomie, als chirurgische Bezeichnung. *Cent. f. Gyn.*, n° 45, 877. — **Klotz**. Behandlung des Ileus post operationem. *Cent. f. Gyn.*, n° 50, 977. — **Martin (J.-V.)**. Report of ten consecutive laparotomie in three months, with remarks upon the same. *Tr. Mich. M. Soc.* Detroit, 1892. — **Mironow**. Zur Frage der Aseptik bei Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, n° 42, p. 817. — **Nitot**. Quelques réflexions à propos de l'opération d'Alexander. *Rev. obst. et gyn.*, Paris, 1892, VIII, 228. — **Omori et J. Ikeda**. Zweiter Bericht über 100 ovariotomien. *Cent. f. Gyn.*, n° 52, p. 1009. — **Peterson (R.)**. A review of twenty-five consecutive cases of abdominal section. *Tr. Mich. M. Soc.* Détroit, 1892. — **Phillips**. The remote effects of peritoneal adhesions consequent on removal of ovaries. *Lancet*, Lond., 1892, II, 607. — **Pomier**. Observations de sept laparotomies dont cinq ovariotomies. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1892, p. 276. — **Price**. Emergency cases in abdominal surgery. *Ann. Gynæc. and Pediat.*, Phila., 1892, VI, 36. — **Reverdin**. Appareil destiné à faciliter l'extirpation des tumeurs abdominales et particulièrement celle des fibromes. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1892, p. 469. — **Rivière**. De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical., *Gaz. hebd. de méd.* Paris, 1892, XXIX, 445. — **Rodgers (M.-A.)**. Report of a few laparotomies done in the Allegheny General Hospital, by R. Stansbury Sutton. *Med. and Surg. Reporter.*, Phil., 1892. — **Sims**. Unique Case of multiple neurolipomata following laparotomy. *Tr. Am. Gyn. Soc.*, Phil., 1891, XVI, 145 — **Sutton (R. S)**. Last one hundred abdominal sections for removal of ovarian tumor and diseased uterine appendages. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892. — **Tipjakoff**. Ueber Myomotomie; Zwolf Laparatomien. *Cent. f. Gyn.*, n° 42, p. 828. — **Werder (X. O.)**. Report of fifty consecutive abdominal Sections. *Pittsburgh M. Rev.*, 1892. — **Wythe**. A new method of enucleation of the uterus. *Tr. M. Soc. Calif.*, San-Fran., 1892, 164.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENTS. — **Chazan**. Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode. *Samml. klin. Vortr.*, Leipz., 1892, n° 52. — **Garrigues**. The best posture in the different stages of normal labor. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 188. — **Knüpfler**. *Ueber die Ursache des Geburtseintritts auf Grundlage vergleichendanatomische Untersuchungen*, Dorpat, 1892. — **Spalding**. Why does the fetal head rotate? *Homœop. J. Obst.*, N. Y., 1892, XIV, 510. — **Stapfer**. De l'engagement et de la descente de la tête dans les bassins normaux. *Union méd.*, Par., 1892, LIV, 253. — **Vallois**. Etude sur les occipito-postérieures. *Arch. de toc. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 620.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Dewees**. A new axistraction obstetric forceps. *Univ. M. Mag.*, Phil., 1892-93, V, 13.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTETRICALES. — **Caviglia.** La circulation fœto-placentaire pendant la période de la délivrance. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1892, p. 585. — **Hart.** On the structure of the human placenta, with special reference to the origin of the decidua reflexa. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys. Edinb.*, Edinb. and Lond., 1892, IV, 17. — **Kossa.** Recherches pharmacologiques faites sur l'utérus gravide. *Ungar. Arch. f. Med.*, Wiesl., 1892, I, 252. — **Leube.** Beitrag zu dem Verhalten des Milchflusses bei Stillenden. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 1, 10. — **Reynolds.** The relations of the anatomy of the perineum to mechanics of its lacerations. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 308. — **Seigneux.** Beitrage zur Frage des unteren Uterinsegmentes. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLII, Hft 3, 457.

DYSTOCIE. — **Chaleix.** Dystocie de la délivrance chez une femme ayant subi le raccourcissement d'un ligament rond. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1892, XIII, 430. — **Charles.** Présentation de la face en M.I D.P. chez une primipare à terme; écoulement prématuré des eaux; travail très lent, durant presque 2 jours; expectation; terminaison heureuse; suites normales. *J. d'accouch.*, Liège, 1892, XIII, 145. — **Caen.** Dystocie par rigidité du col utérin et placenta prævia; incisions latérales jusqu'aux culs-de-sac vaginaux; guérison. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, novembre, 1892, 513. — **Davidson.** Transverse presentation on two consecutive occasions; evisceration; turning. *Lancet*, Lond., 1892, II, 610. — **Hooper.** Cases of difficult labour after Emmet's operation. *Austral. M. J.*, 1892, XIV, 388. — **Iovitzu.** Basin rachitic, simfisiotomie, capil viu, vindecare. *Spitahel*, Bucaresci, 1892, XII, 425. — **Remy.** Tête venant la dernière, occiput tourné en arrière. *Arch. de toc. et de gyn.*, décembre, 1892, 893. — **Scoscia.** Il rivolgimento in un parto gemellare con placenta prævia. *Progresso med.*, Napoli, 1892, VI, 338. — **Tarnier.** Bassin de 9 1/2 centimètres; accouchement provoqué 10 à 15 jours avant terme. *J. d. sages-femmes*, Paris, 1892, XX, 121.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Ashton.** A case of primary peritoneal pregnancy, section followed by recovery. *Ann. Gynec. et Pæd.*, Phila., 1891-92, V, 667. — **Cullingworth.** Three cases of early tubal gestation succesfully treated by abdominal section, two of cases after and one before rupture of the tube. *St-Thoma's Hosp. Rep.* Lond., 1892, XX, 141. — **Le Bec.** Grossesse tubaire droite de trois mois; fœtus mort; pyosalpinx gauche; fibrome utérin, guérison. *France méd.*, Paris, 1892, XXXIX, 577. — **Mc Lean.** Extra-uterine pregnancy successfully treated by galvanism. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 404. — **Mandelstam.** Zur Casuistik der Extrauteringraviditat. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXV, Hft 1, p. 61. — **Rein.** Zur Laparotomie bei Extra-uterin. Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, nº 50, 969. — **Schneider.** Funf Fall von Extrauterinegraviditat. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz., u. Berl., 1892, XVIII, 822 — **Sippel.** Zur Lehre von den Extrauterinschwangerschaften. *Deutsch. med. Wchschr.*, 1892, XVIII, 826. — **Strauch.** Ein Beïtrag zur operativen Therapie der Extrauterinschwangerschaft. *St-Petersb. med. Wchschr*, 1892, IX, 315. — **Tipjakoff.** Ein Fall von Extrautérinschwangerschaft. Laparotomie. Genesung. *Cent, f. Gyn.*, nº 41, p. 808. — **Tuttle.** Ectopic gestation. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1891, XVI, 389. — **Winckel.**

The treatment of extrautérine pregnancy. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad. 1891, XVI, 317. — **Winckel.** Zur Behandlung der Extrauteringraviditat. *Kon. Univ. Frauenklin in Munchen*, Leipz., 1892, 666.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Ancona.** Delle principali cause di morte del feto nella vita intra-uterine. *Riv. veneta di sc. med.*, Venezia, 1892, XVI, 326. — **Delobel.** Nourriture complémentaire, préparation au sevrage. *Arch. de toc. et de gyn.*, novembre 1892, 801. — **Feis.** Ein Fall von in utero erworbener Blennorrhœa neonatorum gonorrhoica. *Cent. f. Gyn.*, nº 45, 873. —**Lusk.** Case of litopædion. *Med. Rec.* N.-Y., 1892, XLII, 405.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ratz.** Allgemeine Wassersucht mit mangehalfter Bildung der Gesichtskochen bei Föten. *Monatschr, f. prakt. Thierh.*, Stuttg., 1391-92, III, 433. — **Rissmann.** Ueber eine menschliche Doppelmisbilding. *Cent. f. Gyn.*, nº 49, p. 955. — **Temesvary.** Ueber intra-uterine unterschenkebruche. *Wien. med. Wchschr.*, 1292, XLII, 1890, 1323.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bleynie.** Opération césarienne. *Limous. méd.*, Limoges, 1892, XVI, 103. — **Buglioni.** Taglio cesareo post mortem. *Raccoglitora med.*, Forli, 1892, XIII, 510. — **Charpentier.** Sur une opération de symphyséotomie pratiquée par le Dr Porak. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1892, XXVIII, 391. — **Dührssen.** Ueber die Technik der Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Deutsch. med. Wchnschr.*, 1892, XVIII, 803. — **Falaschi.** Taglio cesareo alla maniera del Sänger; operazione eseguita due volte sulla stessa dona. *Raccoglitore med.*, Forli, 1892, XIII, 309. — **Forth.** The Cæsarean section in placenta prævia, *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 525. — **Harris.** The present and improving status of Caesarean surgery. *Tr. Am. Gynec. Surg.*, Phila., 1891, XVI, 111. — **Lauwers.** Deux observat. d'opération de Porro; un cas de déchirure de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, traité par l'hystérectomie abdominale. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique.* Brux., 1892, VI, 553. — **Lieffring.** De l'accouchement prématuré artificiel. *Mercredi méd.* Paris, 1892, III, 353. — **Martino.** Un altra operazione cesarea col metodo Porro; madre e figlio salvi. *Rassegna d'Ost. e Gyn. e d'Obst.* Paris, 1892, XXXVIII, 161. — **Reynolds.** The value of the forceps in complicated high arrest of the breech. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 907. — **Trépant.** Opération césarienne. *Arch. de toc. et de gyn.*, novembre, 1892 p. 809. — **Varnier.** De la symphyésotomie. *Gaz. hebdom. de méd.* Paris, 1892, XXIX, 326. — **Winternitz.** Ein Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. *Deutsch méd Wchschr.* Leipzig u. Berl., 1892, XVIII, 368.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHE. — **Ahlfeld.** Ueber Exantheme im Wochenbette, besonders über den sogenanten Wochenbettscharlach. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXV, Hft 1, p. 31. — **Cianciosi.** L'eclampsia gravidica e il parto provocato ed artificiale instañtaneo col metodo Rizzoli. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1892, III, 359. — **Coe.** Accidental hemorrhage during the first stage of labor at full term. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 35. — **Craigni.** Analysis of twenty-five cases of hydatidiform moles. *Bost. Med. and Surg. J.*, 1892, CXXVII, 231. — **Crouzat.** Insertion vicieuse du placenta. *Midi méd.*, Toulouse, 1892, I,

234, 253. — **Crowe**. Report of a case of septic peritonitis following a criminal abortion. *Maryland M. J.*, Balt., 1892, XXVII, 1013. — **Cucca**. Otto casi di placenta prævia. *Rassegna d'Obst. e Ginec.*, Napoli, 1892, I, 33, 65. — **Davis**. A contribution to the study of puerperal pernicious anæmia. *Tr. Am. Gyn. Soc.*, 1891, XVI, 425. — **Dittel**. Ueber zwei Falle von Uterus-Ruptur, die wegen ihrer Aetiologie sowie wegen des Verlaufes einiges Interesse beanspruchen dürfen. *Sitzungsb. d. geburtsh-gynæk. Gesellsch.*, in Wien, 1892, V, n° 4, 1. — **Dominguez Adams**. Sintomas de oclusion intestinal provocados y sostenidos por el embarazo. *Rev. med. de Sevilla*, 1892, XVIII, 293. — **Dührssen**. Ueber Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 1, p. 49. — **Fehling**. Zur Eklampsiefrage. *Cent. f. Gyn*, n° 51, p. 998. — **Fournier**. De l'herpès de la gestation. *Bull. méd.*, 1892, VI, 1179. — **Fry**. Diabetes mellitus gravidarum. *Tr. Am. Gynæc. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 350. — **Fuld**. Ueber das Verhaltniss der Sturzgeburten zu den puerperalen Erkrankungen. *K. Univ. Frauenklin. in München*, Leipz., 1892, 459. — **Gerdes**. Zur Eklampsie-Frage; über den Eklampsiebacillus und seine Beziehungen zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. *Wien med. Blat.*, 1892, XV, 422. — **Hennig**. Die Enge des gebarmutterhohle als Ursache von Frühgeburten. *Wien med. Wchnschr.*, 1892, XLII, 1353, 1395. — **Herzfeld**. Ein Carcinomatos degenerirtes Fibrom der Cervix als Geburtshinderniss. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 312. — **Hœgler**. Zur Frage « Eklampsiebacillus » Gerdes. *Cent. f. Gyn.*, n° 51, p. 996. — **Hunermann**. Primäre Genitaltuberkulose in der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 1, p. 40. — **Hunter**. Uterine hemorrhage after miscarriage. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Philad., 1892, VI, 25. — **Lallier**. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie, et les accidents infectieux des suites de couches*, Paris, 1892. — **Lang**. Syphilis et éclampsie à propos d'un cas d'éclampsie survenu chez une syphilitique; coma absolu dans l'intervalle des crises; accouchement spontané; mort. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, XXIV, 335, 371, 405. — **Le Clerc**. Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde-malade. *Normandie méd.*, Rouen, 1892, VII, 258. — **Landucci**. Delle lacerazioni perineali durante il parto e del loro trattamento immediato. *Ann. di ostet.*, Milano, 1892, XIV, 329. — **Lang**. Syphilis et éclampsie. *Arch. de tocol. et de gyn.*, novembre 1892, 813. — **Lewers**. On missed abortion; with notes of thee typical cases. *Lancet*, Lond., 1892, II, 306. — **Lindemann**. Zur pathologischen Anatomie des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren. *Cent. f. allg. Path. u. path., anat.* Iéna, 1892, III, 625. — **Marta**. Alcuni casi di ematocèle periuterino ausseguenti a gravidanza extra-uterina. *Riv. veneta di sc. med.*, Venezia, 1892, XVII, 39. — **Merklen**. Rétrécissement mitral et grossesse. *Semaine médic.*, Paris, 1892, XII, 274. — **Merle**. *De l'avortement gémellaire*, Paris, 1892. — **Peyrat**. Infection puerpérale. *Arch. de toc. et de gyn.*, novembre, 1892, 858. — **Pick**. A case of eclampsia followed by facial erysipelat; recovery. *Med. News*, Phila., 1892, LXI, 133. — **Pratz**. *Ueber das anatomische Verhalten der Leben bei der puerperalen Eklampsie*. Königsberg. 1892. — **Puech**. Le foie des éclamptiques. *Arch. de toc. et de gyn.*, decembre, 1892, 909. — **Richardière**. Phlegmatia alba dolens puerpérale et érysipèle. *Semaine méd.*, Paris, 1892, XII, 346. — **Rivière**. De la phlegmatia alba dolens puerpérale; sa nature infectieuse. *Arch. clin. de Bordeaux* 1892, I, 257, 321. — **Schauta**. Ueber innere Blutung bei Nephritis gra-

vidarum. *Intern-klin. Rundschau.* Wien, 1892. VI, 1089. — **Schaeffer.** Ruckblick auf die Atiologie der Eklampsie sonst und jetzt. *Cent f. Gyn.*, 1892, n° 39, p. 761. — **Sarwey.** Ein Fall von spätgeborener Missgeburtnut congeniater Tuberculose. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 1, p. 162. — **Zamparelli.** Su d'un case di rottura uterine seguito da guarigione. *Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli, 1892, I, 193.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Brehm.** The management of placenta prævia. *Kansas M. J.*, Topeka, 1892, IV, 679. — **Buisseret.** Des indications de l'intervention chirurgicale dans la grossesse compliquée de fibrome utérin. *Scalpel*, Liège, 1892-93, XLV, 20. — **Byers.** Does chloroform promote post-partum hæmorrhage? *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIV, 162. — **Decio (C.).** Sopra un caso di fibromi multiple dell'utero complicanti la gravidanza. *Atti d. Ass. Meb. lomb.*, Milano, 1891-92, 234. — **Doléris.** A propos du curage *post-abortum. Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1892, p. 453. — **Donald.** The treatment of placenta prævia, with an analysis of twenty-seven cases. *Med. Chroni.*, Manchester, 1892, XVI, 162, 167. — **Dsaire.** Die ovariotomie in der Schwangerschaft, ein casuistischer Beitrag. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 42, Hft 3, p. 415. — **Dührssen.** Ueber die Behandlung der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, Bd 42, Hft 3, p. 513. — **Fraenkel.** Aseptische Geburtshilfe oder geburtshilfliche Antiseptik? *Wien. Med. Presse*, 1892, XXXIII, 1313, 1358, 1391, 1424. — **Halliday Croom.** Cases illustrative of operative Interference with fibroïd Tumours during Pregnancy. *Edinb. m. J.*, octobre 1892, p. 316. — **Hektoen.** Instantaneous death from air entering the uterine veins during a vaginal douche in the fourth month of pregnancy. *Chicago Clin. Rev.*, 1892-93, I, 16. — **Hirst.** The position of abdominal section in the treatment of septic peritonitis after childbirth. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI. — **Keiffer.** L'injection intra-utérine antiseptique après l'acccouchement. *Rev. méd. belge*, Brux., 1892, XLIV, 221. — **Maury.** The indications for laparotomy in the treatment of the puerperal fever. *Tr. Am. gynec. Soc.*, Phila., 1891, XVI, 248. — **Miranda.** Lo zaffo endouterino nelle emorragie post-partum. *Bull. d. r. Accad. med. chir. di Napoli*, 1891, III, 248. — **Ramdohr.** The treatment of puerperal fever. *N. York. J. Gyn. and Obst.*, 1892, II, 738. — **Rochet.** Traitement de l'avortement incomplet. *J. d'accouch.*, Liège, 1892, III, 181. — **Rothrock.** The rational treatment of puerperal septic infection. *Northwest. Lancet*, St-Paul, 1892, XII, 318. — **Silvestre.** *Les injections intra-utérines et les accidents provoqués par leur emploi en obstétrique*, Paris, 1892. — **Storer.** Remarks on the radical treatment of certain cases of grave concealed accidental hœmorrhage. *Bost. Med. and Surg. J.*, 1892, CXXVII, 377. — **Varnier (H.).** Diagnostic et traitement des hémorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. *Rev. prat. d'Obst. et de pédiatrie*, Paris, 1892. — **Vencer Veer (A.).** Management of cancer of the uterus complicated by pregnancy with report of a case. *Ann. Gynæc. et Pædiat.* Phila., 1891. — **Vivien.** *Placenta prævia et tamponnement.* Paris, 1892. — **Ward.** Abortion; its proper and improper management. *Ann. Gynæc. J.*, Toledo, 1892, II, 560. — **Whittle.** Some points in the prophylaxis and treatment of puerperal fever. *Liverpool M. Chir. J.*, 1892, XII, 267.

VARIA — **Blokusewski.** Zur Statistik der Mortalitat in Wochenbett. *Zeitschr. f. med.*, Beamte, Berl., 1892, V, 349. — **Boise.** Subinvolu-

tion of the uterus. *Ann. Gynæc and Pæd.*, Phila., 1892, 3, VI, 18. — **Crouzat**. De la réorganisation de l'enseignement donné aux sages-femmes en France. *Midi méd.*, Toulouse, 1892, I, 265, 277, 289, 301. — **Dickinson**. Details of practical course of manikin instruction in obstetrics. *N.-York M. J.*, 1892, LII, 454. — **Honck**. Ein Beitrag zur Hebammenfrage. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXV, Hft 1, p. 107. — **Kocks**. Ueber die nachträgliche Diagnose des Geburtsmechanismus aus den Geburtstraum der Mütter und ihre forensische Bedeutung. *Arch. f. Gyn.*, Bd 43, Hft I, p. 5. — **Labéda**. L'école d'accouchements des élèves sages-femmes et les hospices civils de Toulouse. *Gaz. méd.-chirg. de Toulouse*, 1892, XXIV, 177. — **Latzko**. Zur Frage sog. « Küster'schen Zeichens ». *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 48, p. 937. — **Rosenstein**. Zur differentiellen Diagnose des Ruptur von Ovariencysten bei bestehender graviditad und von Extra-uterin. Frucht-sacken. *Cent f. Gyn.*, 1892, n° 41, p. 801. — **Rivière**. De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1892, XIII, 356. — **Sécheyron**. Du diagnostic de la malformation utérine pendant le travail. *Midi méd.*, Toulouse, 1892, I, 145. — **Winckel (F.)**. Die Frauenklinik als Unterrichtsanstalt für Hebammen, Studirende und Aerzte. *K. Univ. Frauenklin. in Müncken*, 1884-90. Berl., Leipz., 1892. — **Zweifel**. *Lehrbuch der Geburstshülfe für Aerzte und Studirende*, 3e édit., Stuttgard.

Le Gérant: G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

SYMPHYSÉOTOMIE ET EMBRYOTOMIE DANS LES CAS OU LE FŒTUS EST MORT

A M. le Dr A. PINARD, *professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.*

CHER COLLÈGUE,

Dans votre belle leçon du 7 décembre dernier, sur la Symphyséotomie, vous avez eu la bonté de mentionner qu'à Marseille, dans mon service, cette opération avait été déjà pratiquée 3 fois ; c'est 4 qu'il aurait fallu dire. Mais deux de ces 4 cas ont présenté une particularité qui n'a encore été envisagée par personne, ou du moins je ne l'ai vue dans aucune observation publiée à ce jour.

Si j'ai bonne mémoire, de toutes les femmes opérées jusqu'à présent, tant en France qu'à l'étranger, je parle toujours des cas publiés, une seule a succombé et encore la mort ne peut être mise sur le compte de l'opération, encore moins de l'opérateur, puisque celui-ci était notre confrère Porak dont tout le monde connaît la compétence. Il résulte en effet de la discussion à laquelle ont donné lieu les faits rapportés par cet accoucheur distingué, que si quelques membres de la Société obstétricale et gynécologique de Paris ont con-

damné ce genre d'intervention, aucun ne l'a accusé d'avoir occasionné le décès de la mère.

Voilà donc une opération française qui nous revient d'Italie et à laquelle votre voix autorisée a donné ses grandes lettres de naturalisation, en en montrant tous les avantages et tous les beaux côtés. Aujourd'hui que les recherches du professeur Farabeuf vous ont fourni la possibilité de la compléter par l'ischio-pubiotomie, que vous avez fait sortir du domaine de la théorie pour la faire entrer dans le domaine opératoire, on peut dire que c'est une médaille qui n'a pas de revers !

Ainsi, là où naguère il fallait se décider à tuer le fœtus, de propos délibéré, dans le sein maternel, ou bien, à faire courir à la mère les chances de l'opération césarienne, ce qui, il n'y a pas encore bien longtemps, n'était qu'un sacrifice dissimulé, nous avons une opération simple, facile, heureuse, qui nous permet de conserver sûrement et la mère et l'enfant.

Pour ma part, j'ai suivi aveuglément les préceptes que vous avez donnés dans votre première leçon du 7 décembre 1891 et j'avoue que rien n'est plus beau, parce que rien n'est plus simple.

Je me suis même permis, après le 2e cas, de ne plus mettre d'autre appareil contentif qu'un bandage de corps après avoir fait une suture à deux étages des parties molles, catguts profonds et crins de Florence superficiels.

Ce qui est digne de remarque, c'est que cette mobilité du pubis, que l'on redoutait tant, n'est nullement à craindre et que la cicatrisation de la symphyse se fait rapidement, sans autre moyen de fixité que la réunion des parties molles par la suture.

Notre maître à tous deux, M. Tarnier, en approuvant et votre manière de voir, et votre pratique, a entraîné l'unanimité des accoucheurs en faveur de cette opération quand l'enfant est vivant, et tout le monde est d'accord. Mais en est-il de même quand l'enfant est mort et cette méthode opératoire de délivrer la femme serait-elle alors justifiée ?

Je vous disais dernièrement, cher Maître, que la symphyséotomie était une opération trop belle et trop facile, et qu'une fois sur la pente des succès, les accoucheurs se laisseraient aller à en multiplier les indications. Eh bien! je suis un de ceux-là et la mort du fœtus ne m'arrête pas s'il m'est démontré qu'il faille faire l'embryotomie. Cette dernière opération est difficile; on n'est pas toujours sûr de rester dans l'œuf (je crois que c'est une de vos expressions), et quoique vous ayez parlé quelque part de 50 embryotomies sans un seul décès, les statistiques sont rarement aussi belles que cela; j'en connais de désastreuses. Personnellement, autant je trouve la crâniotomie, la céphalotripsie et mieux la basiotripsie commodes et innocentes, pour la mère s'entend, autant il me semble que l'embryotomie dans la présentation de l'épaule est périlleuse. Probablement c'est à cause des conditions déplorables où l'on opère. Ainsi, par exemple, vous avez une présentation du tronc avec un fœtus volumineux, et mieux, avec un bassin rétréci; la femme est en travail depuis longtemps; la version a été tentée sans succès, l'utérus est rétracté; qu'allez-vous faire? Jusqu'à présent, j'aurais répondu l'embryotomie, avec ses bonnes et ses mauvaises chances. Aujourd'hui je pencherai pour la symphyséotomie. Quel reproche pourra-t-on me faire? Exposer la mère alors que l'enfant est mort! Or la mère ne court qu'un danger: c'est l'infection, de quelque façon qu'on la délivre. Mais croyez-vous qu'elle n'aura pas autant de chances de s'infecter par les manœuvres que nécessite l'embryotomie? J'estime qu'il y en aura beaucoup moins dans la plaie que l'on pratique au pubis que par l'introduction répétée des mains et des instruments. Dans le premier cas, une plaie ouvre la porte à l'infection, mais elle est sous vos yeux, vous la surveillez, vous la gardez, vous la protégez; dans l'autre, vos instruments peuvent compromettre l'intégrité du tissu utérin, par perforation ou simplement par contusion. Les cas de ruptures dans les versions simples, faites dans des utérus rétractés sont-ils si rares? Les crochets ne glissent-ils pas quelque-

fois, en faisant des éraillures ou même des plaies des organes internes ? N'y a-t-il jamais de phénomènes de compression sur les saillies osseuses du bassin, jamais de fistules ? Tout cela serait cependant sûrement évité en se décidant pour la section pubienne. Du reste, il serait trop tard pour nous dissuader ; attendu que nous avons déjà deux succès à l'appui de notre manière de voir ; ce sont les deux cas dont je vous ai parlé au début de cette lettre et que je vous demande la permission de vous relater brièvement :

Obs. I. — Primipare de 24 ans, apportée à la Maternité, le 30 août 1892, dans un état déplorable. Fœtus mort en présentation de l'épaule gauche, main à la vulve, utérus rétracté, femme épuisée par des manœuvres faites en ville. Promontoire saillant ; impossible de passer la main.

En mon absence, le Dr Pantaloni, se rappelant un cas semblable où nous avions eu beaucoup de peine, fait la symphyséotomie (procédé Pinard). Après la section des pubis qui s'écartèrent de 4 à 5 centim., la version et la délivrance furent faciles. L'enfant pesait 2,950 gr.

Bipar. : 9 1/2. Le rétrécissement était peu prononcé. Suites de couches bonnes, pas d'élévation de température ; la malade sort de l'hôpital le 20 septembre, marchant bien quoique avec un peu de balancement.

Obs. II. — On apporte le 3 novembre 1892, à la Maternité, une femme Vpare, de 42 ans, ayant eu deux accouchements spontanés, un où l'on fit la décollation, un quatrième où l'on fit la crâniotomie et l'embryotomie, pour une présentation de la face.

Cette femme est infiltrée, albuminurique ; le fœtus est mort, et se présente par l'épaule droite. L'utérus est violemment rétracté, la vulve très œdématiée, il y a procidence de la main. Chloroforme ; essais de version, avec de très grandes difficultés. Mme Moulin, maîtresse sage-femme, amène un pied à la vulve, mais c'est tout. L'évolution ne se fait pas, les tractions menacent de détacher le membre inférieur. Je me décide à faire la section de la symphyse par le procédé de Pinard ; écartement de 6 centim., puis je fais faire la version par Mme Moulin, ainsi que la délivrance, pour ne pas infecter mes mains. Injection intra-utérine. Il

va sans dire que pendant tout le temps des manœuvres, j'ai protégé la plaie pubienne par de la gaze iodoformée. Suture (catgut et crins de Florence),bandage de corps, sonde à demeure pendant 2 jours, etc. Suites de couches excellentes, un seul jour 37°,8. Il y eut un petit abcès sur un des fils; mais, le 24 novembre, la malade se lève, marche chaque jour davantage et sort à la fin du mois, complètement bien. L'albumine avait disparu dès le 5e jour des couches; le fœtus pesait 4,500 gr.

Tels sont les deux faits dans lesquels j'ai cru qu'on pouvait exceptionnellement faire dévier de son but si élevé, si protecteur pour les deux existences à nous confiées, la symphyséotomie, sans la compromettre cependant.

Je ne sais, cher collègue et Maître, si ma manière de procéder aura eu votre approbation, mais ce que je sais bien, c'est que jamais je n'aurais tenté pareille intervention,si vous ne m'en aviez démontré l'innocuité, par votre pratique et votre expérience, pour lesquelles j'ai la plus grande admiration.

Bien cordialement à vous,

QUEIREL.

2 janvier 1892.

A M. le Dr QUEIREL, *professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.*

MON CHER COLLÈGUE,

Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir de m'adresser une lettre dans laquelle vous proposez la symphyséotomie pour remplacer l'embryotomie quand l'enfant est mort. Permettez-moi de vous répondre avec la plus entière franchise et de vous dire que, sur ce point, je ne puis adopter votre opinion, du moins formulée d'une façon aussi absolue.

Certes, à l'heure actuelle, il est encore impossible de limiter ou d'étendre, c'est-à-dire de préciser les indications de la symphyséotomie, bien que cependant sur ce point notre expérience commence à grandir.

Déjà, comme vous le proclamez fort justement, dans les rétrécissements du bassin, *quand l'enfant est vivant*, l'indication est *absolue*. La formule de Farabeuf nous montre ce qu'on peut obtenir et ce qu'on obtient. De là découlent, d'une façon très nette, les indications et les contre-indications, pour tous les esprits non prévenus.

Mais *quand l'enfant est mort*, la question doit être envisagée sous un tout autre aspect. Que recherchons-nous en effet d'une façon générale ? Nous nous efforçons de rendre possible l'accouchement en déterminant le moins de lésions. c'est-à-dire en faisant courir le moins de risques possible à la mère et à l'enfant. La symphyséotomie est venue nous aider puissamment à atteindre le but tant désiré.

Quand l'enfant est mort nous ne devons plus songer qu'à la mère, l'enfant étant devenu un corps étranger qui n'a plus aucune valeur et qui ne compte que par son volume. Dans ces conditions, *la symphyséotomie perd ses droits* dans tous les cas où la filière pelvienne présente encore des dimensions suffisantes pour laisser passer facilement le basiotribe et doit céder la place à l'embryotomie. La basiotripsie faite dans ces conditions est une opération absolument inoffensive pour la mère et répond entièrement au but que nous recherchons, à notre idéal.

Nos nombreuses observations le prouvent, et je suis certain que si vous avez eu des suites fâcheuses à la suite de vos embryotomies, cela a été le résultat non pas de votre opération, mais des conditions dans lesquelles vous avez pratiqué cette opération. Et j'affirme que vous auriez eu les mêmes résultats après avoir pratiqué la symphyséotomie. Car il arrivera, il est déjà arrivé, et il m'arrivera de pratiquer la symphyséotomie sur des femmes infectées. La cause de la mort dans ces cas n'est point due au genre d'opération, mais à l'infection utérine préalable. Et j'ai eu soin dans la statistique que j'ai publiée pour montrer les admirables résultats de la basiotripsie, de distinguer les cas où l'on opérait sur un terrain parfaitement sain.

En résumé, avec la basiotripsie, dans les rétrécissements du bassin qui laissent passer facilement la main et l'instrument, on est certain de ne produire aucune lésion de l'organisme maternel en broyant et en extrayant l'enfant.

Bien que les plaies produites pour sectionner la symphyse soient peu étendues et guérissent facilement, il faut les éviter; vous ne respectez pas l'intégrité de l'organisme maternel; vous allez à l'encontre de notre but en pratiquant dans ces cas la symphyséotomie. Aussi je n'admettrai jamais cette manière d'agir.

D'aucuns disent : mais si l'on ne possède pas de basiotribe ou si l'on ne sait pas s'en servir? Je répondrai que dans ces cas on ne doit pas faire d'accouchements. Et je doute que celui qui ne sait pas se servir du basiotribe puisse pratiquer correctement une symphyséotomie.

Restent donc les rares bassins à rétrécissement considérable qui n'offrent pas pour la main et les instruments un passage suffisant. Après un examen sérieux du bassin, si la symphyséotomie préalable devait rendre faciles, et par conséquent inoffensifs pour la mère, l'introduction et le maniement des instruments, l'extraction de la tête et du tronc, je consentirais à préférer ce mode opératoire complexe, mais dont chaque élément paraît dénué de gravité, à l'opération césarienne, toujours grave. Peut-être n'en dirais-je pas autant du Porro qui aurait ce double avantage de parer à l'urgence et d'empêcher des grossesses ultérieures.

Ceci étant établi pour les présentations de l'extrémité céphalique, il me reste à dire quelques mots des cas dans lesquels l'enfant mort se présente par le siège ou par l'épaule. Je dis quelques mots, car les considérations que j'ai exposées pour la présentation de l'extrémité céphalique se retrouvent ici. En effet, dans la présentation du siège, il faut se borner à la basiotripsie, tête dernière, dans tous les cas où la main peut guider l'instrument, c'est-à-dire dans lesquels le tronc a pu passer.

Si le rétrécissement est plus prononcé, n'a pas laissé s'en-

gager le siège, il faut d'abord examiner si, sans attaquer le bassin maternel, il sera possible de broyer successivement siège et tête.

Dans la *présentation de l'épaule* la conduite à tenir est la même : section du tronc, et basiotripsie tant que les mains peuvent guider sûrement ces opérations. S'il fallait ajouter au détroit quelques centimètres pour rendre cette section et ces broiements inoffensifs pour la mère, je ne répugnerais pas à recourir à la symphyséotomie ; car il faut, pour opérer sûrement, que la main enserre le cou, si l'on se sert de ciseaux à défaut des instruments spéciaux comme l'embryotome Tarnier ou l'embryotome de Ribemont-Dessaignes qui peuvent ne pas se trouver dans toutes les mains ; et dans les cas de dorso-antérieures, même sans rétrécissement prononcé, la colonne vertébrale est si peu et si mal accessible que la symphyséotomie tentera quelques opérateurs qui préféreront la section du cou à l'éviscération. Je ne saurais m'élever contre cette manière de faire et ici je me rapproche de vous, mais pour ces cas seulement.

Car si le bassin avait cette étroitesse extrême, rare mais qui s'est vue, et qui malgré la symphyséotomie laisserait encore quelques difficultés et par conséquent quelque alea de mortalité, je balancerais fort avant de repousser la castration de Porro, qui a le double avantage, je le répète encore, de remédier au présent et de garantir l'avenir.

En résumé, vous le voyez, quand l'enfant est mort, je n'admets la symphyséotomie que dans les cas où le rétrécissement est tel qu'il rend l'embryotomie impossible, ou tellement difficile qne cette opération devient alors dangereuse pour la mère.

C'est encore là un progrès, une conquête, puisque l'indication de l'opération césarienne paraît devoir être définitivement bannie dans tous les cas où la symphyséotomie permettra le libre passage de la main et des instruments, et par cela même le passage de l'enfant broyé. C'est là ce qu'il faut dire et proclamer bien haut. Et je crois, mon cher collègue,

que, sur ce point, nous sommes absolument du même avis.

En attendant que l'accord se fasse sur tous les autres points, je vous prie, mon cher collègue et ami, de me croire votre cordialement dévoué,

PINARD.

HISTORIQUE DE LA PELVITOMIE

Par **M. Varnier**, professeur agrégé à la Faculté.

Dans les circonstances présentes, il m'a paru utile de publier les documents que j'ai recueillis depuis que nous nous sommes mis à l'étude de cette question.

Procédons par analyse :

La symphyséotomie au bistouri n'avait encore été faite qu'une fois par son inventeur Sigault, en 1777, lorsque Gaspard von Siebold, de Würtzbourg, tombant sur une symphyse ossifiée, improvisa la *pelvitomie à la scie*.

Le 4 février 1778, voulant pratiquer la symphyséotomie sur la femme Markard, dont le bassin mesurait environ 74 millim. et qui sept fois était accouchée d'enfants morts, Siebold, trouvant la symphyse pubienne ossifiée, se vit forcé, pour aboutir, de scier l'arc antérieur du bassin. Il obtint ainsi un écartement spontané de 10 millim., porté à 35 millim. environ au cours de l'extraction pénible par version d'un enfant mort. La femme guérit en 6 semaines et il paraît que cette même femme accoucha plus tard heureusement d'un enfant dont on ne connaît exactement ni le poids ni le volume.

Le premier pelvitomiste fut donc un symphyséotomiste qui substitua la scie au couteau parce que partie molle était devenue partie dure. On apprit par lui, en même temps que l'existence possible d'un obstacle à l'application du procédé ordinaire (la section de la symphyse), le moyen d'en avoir raison (*la pubiotomie*).

C'est ce procédé de Siebold (1778) que les auteurs, se

répétant les uns les autres, attribuent à Desgranges, de Lyon (1781), sans que celui-ci y soit pour rien.

Dans ses *Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis*, publiées en 1781, Desgranges, en songeant au cas de Siebold, s'est borné à dire : si l'on tombait sur une symphyse ossifiée il serait possible de la désunir avec une scie convexe et boutonnée. (Voyez plus loin, page 106.)

Tel est le *procédé de Siebold*, dit de Desgranges.

Six ans après cette pelvitomie juxta-symphysienne, pubiotomie à la scie ordinaire, improvisée par nécessité aux lieu et place de la symphyséotomie impossible, mais pour arriver au même but, apparaît la scie à chaîne et, avec elle, non seulement la *pubiotomie simple à la scie à chaîne*, mais encore la *double pelvitomie*.

Nous sommes en 1785 et vous allez voir que depuis l'on n'a rien eu à inventer dans cette voie spéciale, et que c'est John Aitken qui a tout fait.

John Aitken, chirurgien de la Royal Infirmary, professeur d'anatomie, chirurgie et accouchements à Édimbourg, où il fonde l'Edinburgh Lying-in-Hospital, décrit dans ses *Principles of midwifery or puerperal medicine* (1), la section de la symphyse pubienne, aliàs synchondrotomie ou opération de Sigault, sous le titre de *Pelvitomy* (Pelvitomia) au lieu de symphyséotomie.

« C'est, dit-il, la section de la symphyse pubienne dans le dessein d'augmenter la capacité du bassin en permettant aux extrémités antérieures des os innominés de s'écarter l'une de l'autre ».

Il en étudie sobrement le but, les indications, le manuel opératoire. Le seul point que nous ayons à relever à ce sujet est celui-ci : « Cette opération est indiquée et sa réussite probable lorsqu'environ un demi-pouce d'accroissement au bassin rétréci suffit pour permettre le passage du fœtus. En la faisant dans les cas où un accroissement plus considérable est nécessaire on discrédite l'opération qui paraît nette-

(1) 2e édition (la première est de 1784), in-8° Edinburgh, 216 p., XII pl., p. 77 à 79, et p. 84.

ment incapable de supplanter l'embryotomie dans tous les cas, et encore moins l'opération césarienne. »

Après avoir décrit le procédé ordinaire de Sigault, Aitken passe en revue les objections qu'on peut faire à l'opération et dit textuellement :

« Les principales objections à la pelvitomie (symphyséotomie) sont :

« 1° Que les cartilages peuvent être ossifiés » — et il ajoute en note : « une scie *flexible* que j'ai inventée (nous ne discutons pas ce point) pour servir en cas d'ossification lève absolument cette objection ».

« A *flexible* saw, which I have contrived to be used when there is ossification, infallibly removes this objection. »

Cette scie est représentée dans la figure 2 de la planche XII et accompagnée de la légende suivante :

« Vue de la *scie flexible;* une des poignées, par le moyen d'un crochet, est mobile de façon à permettre l'application *entre ou derrière les os.* »

Il est clair d'après ce qui précède que lorsqu'Aitken dit « les cartilages ossifiés » il a exclusivement en vue la symphyse pubienne.

Continuant l'exposé des objections, il ajoute :

« 2° Le col de la vessie peut être blessé. (J'ai inventé un couteau *flexible* qui coupe de dedans en dehors et par conséquent obvie à cette objection.) »

Ce couteau *flexible* n'est autre chose que la chaîne affilée au lieu d'être dentée ; l'auteur ajoute en effet, à la légende précédente de la figure 2, ce qui suit :

« Un bord ou fil coupant, au lieu de dents, donne un couteau flexible. »

Voici donc une nouvelle modification de la symphyséotomie, la section de la symphyse avec une chaîne non pas dentée pour triompher de l'ossification, mais simplement affilée pour couper le ligament sans courir le moindre risque de blesser le col vésical. C'est ce passage de son livre qui a fait considérer Aitken par Pétrequin et autres comme un des précurseurs d'Imbert de Lyon dans la méthode sous-cutanée.

Aitken continue :

« 3° L'agrandissement obtenu peut être insuffisant dans un bassin rétréci, pour permettre l'accouchement.

« 4° Les cartilages peuvent ne pas se réunir.

« 5° Les ligaments internes postérieurs peuvent être déchirés.

« 6° Les connexions celluleuses entre les os et les parties molles incluses peuvent être considérablement troublées ou détruites.

« 7° La pénétration de l'air dans des parties non préparées pour résister à son impression peut être très dangereuse.

« 8° Les parties molles peuvent être comprimées entre l'enfant et les bords des os divisés, au point d'entraîner de dangereuses conséquences.

« 9° Enfin, après tout, il n'y a qu'une petite probabilité de sauver l'enfant. »

Et, à la page 84, comme conclusion des chapitres pelvitomie, embryotomie, hystérotomie, Aitken termine ainsi textuellement, inventant la *double pelvitomie :*

« Ne pourrait-on pas supplanter presque toujours l'embryotomie et l'hystérotomie par une *pelvitomie nouvelle?* c'est-à-dire : 4 incisions, deux atteignant les os pubis, aussi près que possible des vaisseaux cruraux sans crainte de les blesser, de telle sorte que l'une puisse être distante de l'autre d'environ 4 pouces ; et deux correspondant et touchant à la jonction des os pubis et ischion.

« Les os découverts par ces incisions sont divisés par la *scie flexible*, sans blesser le péritoine, la vessie ou le vagin.

« Ainsi le *segment antérieur* du bassin devient *mobile,* et cède à la pression de l'enfant de façon à permettre l'accouchement.

« Si l'on surveille la plaie, la cicatrisation peut se faire de telle sorte qu'une capacité suffisante du bassin puisse être conservée. »

Et en note on lit :

« Je suis en ce moment occupé à expérimenter les effets de cette opération sur les animaux. »

Résumons cette première partie.

Dès 1778 G. v. Siebold a pratiqué à l'aide d'une scie ordinaire, et comme succédané de la symphyséotomie, la pelvitomie juxta-symphysienne, opération de nécessité non de choix. Aitken a imaginé la scie à chaîne dans le même but; et en plus il a proposé de scier en deux points les bassins trop étroits pour s'agrandir assez à la suite d'une section unique et médiane. Précurseur encore à un autre point de vue, Aitken pense que cette double pelvitomie pourrait peut-être, à la suite de l'agrandissement momentané, laisser, après consolidation excentrique voulue, cherchée, un agrandissement définitif suffisant lors des accouchements ultérieurs.

On peut donc dire, comme l'a dit M. Pinard à l'Académie le 31 janvier dernier, que *dès 1785* tous les procédés imaginables de pelvitomie applicables aux bassins symétriques, sans ankylose sacro-iliaque, avaient été proposés et exécutés soit sur la femme vivante, soit sur le cadavre, soit sur les animaux; que tous les instruments pelvitomistes dont on usera par la suite étaient dès lors inventés et dans le domaine public, et que les indications étaient posées pour les bassins viciés ordinaires de tout calibre.

C'est ce que nous savons parfaitement, M. Farabeuf, M. Pinard et moi, depuis le jour où nous avons commencé à étudier ces questions, mais ce qu'ignorent ceux qui se contentent de documents de seconde main.

Les véritables inventeurs n'ont eu que des imitateurs. La légende est établie en faveur de ces derniers, on ne parle que d'eux, il nous faut bien en parler aussi; ce sont, par rang d'ancienneté :

Champion, de Bar-le-Duc (avant 1821)
Cattolica (?) .... (1826)
Pitois .... (1831)
Galbiati .... (1832)
Stoltz .... (1838-1844)

Au dire de Murat (1), quelques praticiens, parmi lesquels Champion, de Bar-le-Duc, croient qu'au lieu de diviser la symphyse pu-

(1) MURAT. *Dictionnaire en 60 vol.*, art. Symphyséotomie, 1821.

bienne, *on devrait et il serait en général préférable de scier à côté de cette espèce d'articulation* et que cette opération serait même préférable à la section du cartilage.

Notons que c'est la première fois que l'on conseille de faire, de propos délibéré, comme succédané de la symphyséotomie, mais *toujours dans le même but*, la pubiotomie juxta-symphysienne réservée jusque-là aux seuls bassins à symphyse pubienne ossifiée.

Au dire de Malgaigne (1re éd. 1834), Deschamps conseilla également, puisque avec le bistouri, « on coupait souvent le pubis en croyant diviser le cartilage, de porter dans tous les cas la scie sur le corps de l'os même et un peu en dehors de la symphyse ».

En 1819, Galbiati, de Naples, si nous en croyons Velpeau, aurait dans un mémoire intitulé *Del Taglio della sinfisi del pube. Napoli*, 1819 (1), « décrit un procédé de pelvitomie un peu différent de celui d'Aitken », procédé dont nous aurons à reparler plus loin en détail à propos de son application sur la femme vivante.

Cattolica, de Naples également, contemporain de Galbiati et son collaborateur (voyez plus loin, p. 100), aurait fait présenter à l'Académie royale de médecine de Paris en 1826, par le professeur Velpeau, un mémoire dans lequel il proposait de remplacer la symphyséotomie par une autre opération. « Au lieu de diviser le cartilage, il veut qu'on fasse, *des deux côtés*, la section du corps et de la branche des pubis, *entre les deux trous sous-pubiens*. De cette manière, *les symphyses sacro-iliaques restent intactes ;* on ne court aucun risque de blesser ni la vessie ni l'urèthre ; le tissu cellulaire du bassin est à peine tiraillé, la consolidation est facile à obtenir (reconnaissez toutes les objections d'Aitken à la symphyséotomie).

« Point d'abcès, point de carie, point de fistule ni de claudication, ni de péritonite à redouter, et l'on obtient une ampliation considérable du diamètre sacro-pubien » (Velpeau).

Sauf pour le lieu de la section (et encore il y a peut-être erreur de Velpeau), c'est la proposition d'Aitken ni plus ni moins, dans son but et dans ses moyens.

---

(1) Ce mémoire dont le titre exact est : *Memoria sull' operazione del taglio della sinfisi del pube nella quale si espone una essenziale novella modificazione nel metodo di praticarla, che la rende più utile e più innocente*, n'est pas à la bibliothèque de la Faculté, et l'on verra plus loin que Morisani n'y fait aucune allusion à propos de l'opération de Galbiati. C'est que la *novella modificazione* de 1818-1819 n'est pas la *pelviotomia*.

C'est encore cette même opération d'Aitken ou l'adultération de Cattolica, que réinvente Pitois en 1831 ; et c'est dans la thèse de Pitois, intitulée *De la Bipubiotomie*, qu'apparaît pour la première fois dans cette question le nom de M. Stoltz.

Bipubiotomie de Pitois.

Pitois dit dans son avant-propos :

« En suivant le cours particulier d'accouchement fait par M. Stoltz, professeur agrégé près cette Faculté, lorsqu'il fut question de la synchondrotomie et qu'il en exposa les inconvénients, il *me* vint dans l'idée que *l'on pourrait remédier à plusieurs d'entre eux, en ouvrant le bassin dans un autre point qu'à la symphyse pubienne* ; cependant une seule chose me contrariait pour assurer à l'opération le succès que j'entrevoyais, c'était de savoir si, après l'avoir faite, on pouvait espérer une réunion solide des parties. Ce scrupule fut un peu levé, lorsque *M. Stoltz m'apprit* (n'oublions pas que nous sommes en 1831, c'est-à-dire 13 ans avant l'apparition de l'opération dite de Stoltz par quelques-uns) *que mon idée n'était point neuve, mais qu'elle avait été émise par le docteur Desgranges*, ce que confirma bientôt la lecture de l'ouvrage de M. Velpeau qui, à côté du médecin de Lyon, cite un accoucheur anglais nommé Aitken.

Ayant pris ce sujet pour ma thèse, j'ai consulté ces deux auteurs, afin de ne pas annoncer comme nouveau ce qui aurait déjà été dit par d'autres. Dans l'un et dans l'autre cependant *il n'est question que de l'ossification de la symphyse des pubis* qui, ayant été rencontrée plusieurs fois, a nécessité l'emploi de la scie pour séparer les pubis...... »

Pitois n'a pas su lire Aitken (v. plus haut, p. 92) ou ne veut pas dire ce qu'il y a lu. Suit la citation de Desgranges, la simple mention de l'invention par Aitken « d'une scie à lame articulée qu'il fait agir de dedans en dehors », de la proposition ci-dessus rapportée de Champion, de Bar-le-Duc ; et cette conclusion :

« Il paraîtrait, d'après un passage de M. Velpeau, qu'un accoucheur de Naples, M. Cattolica, opérerait de la manière que je l'entends, mais, ne connaissant pas son procédé, je vais m'efforcer d'en proposer un qui, s'il n'est pas parfait, le deviendra sans doute par les efforts des grands maîtres que possèdent la chirurgie et l'art des accouchements.

« Il résulte de ce court exposé historique que je ne suis pas le seul ni le premier qui ait conçu l'idée d'une nouvelle opération à faire sur le bassin mais j'affirme que je la nourrissais avant que je susse qu'elle eût été avancée par d'autres. »

Le simple exposé de la *Bipubiotomie* de Pitois, va prouver qu'il s'agit bien d'un tout petit déplacement des sections d'Aitken, quoiqu'il emploie une scie moins commode.

Le but qu'il se propose d'atteindre par cette opération, « intermédiaire entre la section de la symphyse pubienne et l'opération césarienne », est « d'agrandir les diamètres des détroits du bassin, plus que ne peut le faire la symphyséotomie pubienne, sans porter aux symphyses sacro-iliaques les atteintes meurtrières que l'on reproche à l'opération sigaultienne, et d'éviter l'hystérotomie abdominale qui, par là, deviendrait plus rare ».

Admettant comme démontré d'après le résultat des expériences faites par beaucoup de gens de l'art, que le diamètre sacro-pubien, qui met le plus constamment obstacle à l'accouchement, ne peut s'accroître que de 4 lignes au moyen d'un écartement de 2 pouces et demi entre les deux pubis ; que cet écartement, dans bien des cas insuffisant, ne peut être racheté que par de nombreux dangers (diastasis des symphyses sacro-iliaques) ; que la compression du forceps ne fait perdre à la tête que 4 lignes ; que le tassement des parties molles n'en fait gagner que 3, soit onze ou douze au plus comme gain de la symphyséotomie, Pitois conclut que « d'après cela tous les cas dont la différence excéderait un pouce nécessiteraient (pour plus de chance de réussite) l'opération césarienne.

« Or, si par la bipubiotomie on obtenait plus d'un pouce, il me semble qu'elle serait préférable à la gastro-hystérotomie toutes les fois que l'étroitesse du bassin n'est pas extrême. »

« On verra par l'exposé du procédé opératoire que tous les désordres produits par la section du pubis et de sa branche descendante, sont plus faciles à combattre. L'utérus n'est pas entamé ni le péritoine, dans la cavité duquel il n'y aura pas d'épanchement de sang ni de lochies, comme cela arrive dans l'opération césarienne.

« Avec un écartement plus grand des pubis il n'y aura pas non plus, comme dans la symphyséotomie, diastasis des symphyses postérieures avec déchirement de cartilages, de périoste et de ligaments suivi d'infiltration de sang dans le tissu cellulaire du bassin, et traînant à leur suite des accidents presque toujours mortels........

« Or, l'on peut obtenir plus de 11 lignes par l'opération de la bipubiotomie.

« D'après des citations d'auteurs nous avons vu qu'au moyen d'un écartement de deux pouces et demi entre les pubis, le diamètre sacro-pubien augmentait ordinairement de 6 lignes, mais que ce résultat n'était pas constant. Au moyen de la bipubiotomie, l'écartement entre les pubis sera constant et on aura non seulement la largeur du fragment qui pourra presque toujours être de deux pouces à deux pouces et un quart à la partie supérieure, plus l'écartement spontané des pubis après leur disjonction. Mais si par un écartement semblable, la section de la symphyse ne fournit que 6 lignes, la bipubiotomie en donnera bien 8 ou 9, car la partie comprise entre les os des iles étant mobile, elle pourra être portée en avant par la tête du fœtus, surtout si l'on a soin de relâcher les muscles droits de l'abdomen qui par des contractions spasmodiques, pourraient tirer cette partie en haut, au lieu de lui permettre de se porter en avant. Or, on gagnera au moins 4 lignes de plus que par la section de la symphyse, ce qui compensera les 15 ou 16 lignes de différence entre les dimensions du bassin et celles de la tête du fœtus.

« Ainsi donc, lorsqu'il y aura une différence de rapport de 7 à 8 lignes, c

aura recours au forceps ; de 8 lignes à un pouce, à la symphyséotomie ; depuis un pouce jusqu'à 15 ou 16 lignes, à la bipubiotomie. Au delà de ce terme on n'aura pas d'autres ressources que la gastro-hystérotomie. »

« Les parties qu'on intéresse dans l'opération sont la peau de la région inférieure de l'abdomen, du mont de Vénus, et du côté externe des grandes lèvres ; le tissu cellulaire graisseux sous-jacent, les vaisseaux honteux externes, quelques rameaux cutanés abdominaux, et peut-être quelques filets cutanés du nerf crural ; l'attache supérieure interne du muscle pectiné, les attaches supérieures des muscles droits internes et des adducteurs de la cuisse ; *le corps et la branche descendante du pubis*, et si l'on pénètre trop profondément dans la section de l'os, le tissu cellulaire de la partie antérieure de l'excavation du bassin.

« Nous divisons l'opération en cinq temps ; le premier est l'incision des téguments et de l'attache des muscles intéressés dans l'opération ; le second est la section de l'os ; le troisième est la répétition du premier sur l'autre côté du bassin ; le quatrième celle du second, et le cinquième est le pansement après l'accouchement.

« *Premier temps :* avant de pratiquer l'incision des parties molles, il faut, pour le côté droit, que l'opérateur, tenant le bistouri de la main droite, reconnaisse l'épine du pubis avec la main gauche dont on place le pouce dessus et l'index à quelques lignes en dehors ; puis, s'imaginant une ligne passant au dehors de cette éminence osseuse et se portant vers l'union du 1/3 inférieur de la branche du pubis avec ses deux tiers supérieurs, qu'il fasse une incision commençant à quelques lignes au-dessus du *corps* du pubis, et se portant selon cette ligne imaginaire de haut en bas, de dehors en dedans, et finissant au côté externe de la grande lèvre de ce côté. Le premier coup de bistouri ne doit inciser que les téguments, mais en passant sur l'attache des muscles que l'on doit couper ; il ne faudra intéresser que peu à peu le tissu cellulaire, afin de pouvoir lier les vaisseaux sanguins au fur et à mesure qu'on les divisera.

« On aura aussi l'attention de tenir le bistouri bien perpendiculairement à la circonférence du bassin, de manière à ne porter l'incision *ni vers le trou obturateur*, ni vers la symphyse, ce qui occasionnerait des accidents.

« *Deuxième temps*. Les aides chargés de la hanche du côté où l'on opère, après s'être munis chacun d'une planchette en forme de gorgeret, l'opérateur les place l'une au-dessus et l'autre au-dessous de l'os à couper, et les confie aux aides chargés de les maintenir ; puis, au moyen d'une *scie en crête de coq*, il fait la section de l'os ayant attention, lorsqu'il arrive à la table interne, d'aller lentement, afin de ne point entamer les parties molles sous-jacentes.

« A la fin du second temps, la continuité du bassin est détruite comme dans l'opération de la symphyséotomie ; il y aura par conséquent écartement spontané des pubis, si l'on ne s'y oppose. C'est alors que les aides chargés de soutenir les hanches, doivent faire tous leurs efforts, ainsi que ceux chargés de maintenir les pieds et les jambes, pour empêcher que cet écartement ne se fasse trop promptement. A la fin du quatrième temps (2e section osseuse) on pourrait, je crois, faute d'aides, les remplacer par un bandage de corps que l'on fixerait d'une manière assez peu serrée pour permettre par l'extension de son tissu le développement graduel du bassin, à mesure que les contractions utérines tendraient à faire franchir à la tête le détroit supérieur. »

« D'après l'examen de la pièce que j'ai enlevée sur le cadavre après avoir fait l'opération, il y a lieu de croire que la réunion est possible. »

Sept mois après l'apparition de la thèse de Pitois, Galbiati, de Naples, pratique pour la première fois sur la femme vivante une pelvitomie proprement dite d'après une méthode qu'au dire de Busch, il aurait proposée dès 1824 à l'Académie de Naples.

Quoi que vous lisiez, quelque étonnement que vous éprouviez, croyez à l'authenticité de ce document.

L'opération de Galbiati (1).

« Giuseppa Negri, de bonne constitution en apparence, mais qui, dans son enfance, avait souffert du rachitisme, mesurant 4 pieds, ayant les jambes et les cuisses incurvées ainsi que la colonne vertébrale, avait le bassin tellement déformé que l'angle sacro-vertébral était éloigné du pubis d'un pouce et quart (83 millim). Elle était enceinte pour la 8e fois mais s'était fait avorter au début des deux premières grossesses ; elle fut apportée à l'hôpital des Incurables dans le 8e mois. Une opération était nécessaire. On fit des expériences sur un cadavre, après injections des artères crurales, et l'on vit que la double section pouvait être pratiquée sans lésion des artères ni des nerfs et qu'on gagnait assez d'espace pour pouvoir introduire la main et faire passer une tête d'enfant à terme dans le bassin de Negri.

Après une discussion entre les médecins présents, la pelvitomie fut décidée à la pluralité des voix. On résolut de la pratiquer à l'apparition des premières douleurs et de voir ensuite si l'accouchement serait abandonné à la nature ou s'il y aurait lieu d'intervenir.

Le 30 mars 1832, au petit jour, apparurent les douleurs qui allèrent en augmentant d'intensité jusqu'à midi.

L'opération aurait été pratiquée alors si la parturiente y avait consenti ; elle n'en comprit la nécessité qu'à 6 heures du soir ; les douleurs étaient devenues plus rares et moins intenses. En présence du professeur et des assistants à la Clinique, Galbiati fit observer que, d'après ses recherches, quand le diamètre antéro-postérieur dépasse 1 pouce, on n'est obligé de sectionner le bassin que d'un côté et que, dans le cas présent, cela pourrait d'autant mieux en être ainsi, que le promontoire était incliné à gauche et qu'à droite, par conséquent, le passage était plus large. C'était donc de ce côté que la section devait être faite.

Comme les forces de la malade se soutenaient bien, Galbiati pensait que les contractions stimulées suffiraient à amener l'expulsion du fœtus.

Une incision longitudinale de 1 pouce et demi de longueur mit à nu la branche horizontale droite du pubis tout près de la cavité cotyloïde.

---

(1) Busch. Ein Fall von Galbiati's Pelviotomie. — *Neue Zeitschrift für Geburtsk.*, B. I, heft 3, p. 121, 1834. Je tiens cette description pour exacte car elle concorde de tous points avec ce que disent de l'opération Morisani (v. p. 100) et C. Cucca (*La Rassegna d'Ostetricia et Ginecologia*. Napoli, 15 février 1893).

Le périoste fut détaché tout à l'entour au moyen d'une gouge et l'os fut scié. On fit de même de la branche ascendante de l'ischion et l'opération se termina par la symphyséotomie.

On consacra une heure et quart à cette opération que rien ne vint troubler à part la ligature de quelques artères cutanées.

La malade la supporta avec un grand courage. La poche de eaux se rompit quelques minutes après. On administra le baptême à l'enfant et on attendit pour laisser la nature produire l'expulsion de l'enfant.

Quatre heures après l'opération, la malade qui s'était remontée fut mise dans un bain ; pendant ce temps, les contractions devinrent plus énergiques. L'opérée vomit une dose de seigle ergoté qui avait été administrée.

La nuit se passa tranquillement.

Le lendemain matin, l'opérée se trouvait encore bien. Cependant le pouls était excité, la langue humide et le bas-ventre indolore. La matrice s'était contractée sur le fœtus, les contractions étaient devenues plus rares et moins énergiques. Le doigt explorateur avait peine à atteindre la tête. On administra deux nouveaux bains, mais les contractions restèrent faibles pendant la nuit.

Dans la matinée du 2e jour, le visage de l'opérée avait conservé son aspect normal ; le pouls était fébrile, la langue rouge et sèche, l'abdomen un peu tuméfié et un peu douloureux. On sentait la tête plus directement, mais elle ne s'était point engagée. Du côté de la mère toute activité était suspendue.

Dans ces conditions, on se décida à intervenir de nouveau, à faire de l'autre côté des sections semblables à celles qui avaient été pratiquées et, ne pouvant plus compter sur une coopération de la mère, à faire la version ou l'application du forceps pour tirer l'enfant s'il était encore vivant. Ce n'est qu'à 4 heures du soir que la patiente y consentit.

Galbiati pratiqua la même opération de l'autre côté et amena avec le forceps la tête dans l'excavation où il la laissa. On put sentir alors avec le doigt la partie saillante de la tête et constater que les os étaient à nu et disjoints et que le péricrâne ne leur était plus adhérent.

Le fœtus étant mort manifestement, on fit l'excérébration et on put alors extraire avec la main un fœtus à terme et bien développé. Deux anses de cordon entouraient le cou. Malgré les soins et les précautions qui avaient été prises (l'opération avait duré une demi-heure), la femme tomba rapidement dans un état de grande prostration et elle succomba pendant la nuit du lendemain.

La symphyséotomie n'avait pas atteint le cartilage, mais le pubis droit. Le péritoine et les organes du bas-ventre furent trouvés sains, etc... »

A première vue on pourrait croire que cette opération, qualifiée par Siebold d'abominable, n'était qu'une improvisation, faite sans réflexion, sans études anatomiques, pathologiques ou expérimentales préalables, dans un accès de ce que le lecteur appellera peut être délire opératoire.

Il paraît cependant qu'il s'agissait véritablement là, et contre toute apparence, d'une méthode raisonnée et appliquée de propos

délibéré à la femme vivante après expérimentation cadavérique.

Voici textuellement une note parue le 30 janvier 1893, sous la signature de Morisani, de Naples, dans le n° 2 de la *Clinique internationale* (1).

« Disons la vérité : un illustre accoucheur napolitain, Galbiati, préoccupé de l'issue presque toujours funeste de la gastrotomie, rechercha un moyen qui pût être substitué à cette grave opération et proposa d'exécuter la section d'une ou des deux branches ischiatiques, en y ajoutant la section de la symphyse pubienne (2).

« Son intention était d'ouvrir de cette manière une porte univalve ou bivalve dans la moitié antérieure du bassin, pour que le fœtus, *au lieu de traverser le canal osseux, sortît par l'ouverture préparée à sa circonférence.*

« Galbiati expérimenta son opération sur le cadavre et l'exécuta deux fois sur une femme vivante.

« La première expérience fut faite sur le cadavre d'une dame Antonia Lombardi, le 29 octobre 1825. Le bassin de cette dame était extrêmement rétréci ; l'espace du pubis au sacrum n'excédait pas un pouce (27 millim). « On n'avait besoin d'aucun instrument pour le mesurer parce qu'à peine le doigt était-il introduit dans le vagin, on touchait le sacrum ; entre celui-ci et le pubis on ne pouvait introduire qu'un seul doigt ; deux doigts à la fois ne pouvaient pénétrer » (Galbiati). La section des os fut exécutée avec difficulté par un appareil à scie circulaire ; la version fut pratiquée par *Cattolica* (3); mais la tête éprouva une certaine difficulté à sortir ; on réussit en la poussant avec la main. Cette difficulté dans l'expulsion de la tête provenait de la section imparfaite de la branche du pubis gauche, laquelle n'était sciée qu'à moitié et pour cette raison ne put être écartée.

« En novembre 1829, Galbiati pratiqua la section ischio-pubienne sur le cadavre de Clorinda de Angelis qui avait un pouce et demi de diamètre sacro-pubien ; l'extraction du fœtus fut opérée facilement.

« Cette opération fut exécutée 2 fois par Galbiati sur une femme vivante, la première en mars 1832, la seconde en décembre 1841 (4), et chaque fois il eut à déplorer la mort de la mère et de l'enfant. Plus tard elle fut pratiquée deux autres fois, en dernier lieu par Cianflone en 1854, et on eut aussi le regret de perdre les mères et les enfants. Il est à noter cependant que chez la première femme opérée par Galbiati, l'opération ne fut exécutée qu'à moitié. Le chirurgien se flattait en effet qu'il suffirait de diviser le bassin d'un seul côté. Mais on se hâta de terminer l'opération quand on s'aperçut qu'on

(1) La même note se retrouve à la page 31 du numéro de janvier 1893 des *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, sous ce titre : Per la sinfisiotomia statistica et considerazioni del prof O. Morisani.

(2) G. Galbiati. *La pelviotomia. Ragguaglio di una nuova operazione di chirurgia che puo con vantaggio, sostituirsi alla cesarea.* Napoli, 1832.

(3) Le même qui en 1826, d'après Velpeau, fit faire sur ce sujet une communication à l'Académie royale de médecine de Paris (H. V.)

(4) En présence du professeur R. Novi, alors étudiant (Cucca, *loc. cit.*, p. 35) (H. V.).

n'obtenait aucun résultat après 30 heures d'attente. La femme était dans un état fort grave, et on fut forcé pour extraire le fœtus de pratiquer la crâniotomie.

« Aussi dans la seconde opération la section osseuse fut-elle faite des deux côtés ; la femme, après 18 heures, se débarrassa spontanément d'un fœtus très bien conformé, mais en état d'asphyxie imminente. Dans les deux cas l'opération fut lente, laborieuse et assez douloureuse : elle le fut moins pourtant la seconde fois parce que les instruments étaient moins défectueux. Dans les deux derniers cas la manœuvre fut moins longue et moins pénible ; mais, se fiant dans une mesure excessive aux forces de la nature, on attendit plus d'un jour pour extraire le fœtus avec le forceps et l'on retira un cadavre. »

L'opération de Galbiati a depuis lors été complètement abandonnée en Italie, malgré une tentative théorique de réhabilitation partielle faite en 1863, par Morisani. Tout en rejetant la pelvitomie unilatérale combinée à la symphyséotomie (qu'il considère comme insuffisante), Morisani soutient que la pelvitomie bilatérale avec symphyséotomie peut donner un agrandissement suffisant et permettre l'extraction du fœtus dans les cas de viciations trop marquées pour être justiciables de la simple symphyséotomie. Voici le résumé fait par lui-même de sa contribution personnelle à l'opération en question :

« L'opération de Galbiati resta complètement oubliée et ignorée de presque tout le monde (Morisani le croit). En 1863, j'en fis une étude assez approfondie ; je répétai ces expériences sur les cadavres et vérifiai la mensuration des bassins *rachitiques* ; j'en confirmai l'indication en tant que procédé obstétrical substitué dans les angusties extrêmes du bassin à l'opération césarienne ; je fis voir que l'espace ainsi obtenu était suffisant pour le passage du fœtus ; j'établis que l'exécution de l'opération était facile, si pour pratiquer la section des os pelviens on employait des instruments plus parfaits ; je cherchai à démontrer son peu de gravité, et je conclus que la pelviotomie de Galbiati ne méritait point d'être rejetée complètement, à la condition :

1° Qu'elle fût faite quand le travail est commencé, mais avant la rupture des membranes ;

2° *Que la section fût pratiquée des deux côtés ;*

3° Qu'on opérât selon le procédé que j'ai indiqué ;

4° Qu'on eût soin d'adapter exactement les pièces osseuses divisées ;

5° Qu'on appliquât l'appareil amidonné ou mieux celui de fils de fer pour maintenir le bassin dans l'immobilité pendant toute la durée de la consolidation » (1).

Il résulte de ces citations que j'ai tenu à faire in extenso, étant

(1) Remarquez que malgré tout, Morisani ne semble pas avoir pratiqué depuis lors l'opération de Galbiati.

donnée l'autorité de Morisani sur toutes ces questions, que l'opération de Galbiati n'est autre chose, comme l'opération dite de Cattolica (?) (1826), comme l'opération de Pitois (1831) que la double pelvitomie proposée et exécutée sur le cadavre et sur les animaux par Aitken en 1785. Les modifications que Galbiati a tenté d'y apporter ont été ou de fendre en deux par la symphyséotomie le large panneau scié d'Aitken, ou de faire celui-ci de demi-largeur entre la symphyséotomie et une seule section osseuse. Cette modification, *l'unilatéralité de la section*, a été, par son expérience ultérieure et par ses successeurs, démontrée incapable de procurer le résultat cherché : créer au fœtus une voie artificielle dans la moitié antérieure d'un bassin à viciation extrême injusticiable de la symphyséotomie.

Est-il besoin d'ajouter que l'Anonyme qui a joint au texte français de Morisani les réflexions suivantes :

« On a réclamé la priorité de l'opération de Farabeuf en faveur de notre cher et vénéré maître Stoltz ! Mais après avoir lu les lignes de Morisani, ne sera-t-on pas porté aussi en toute justice à la faire remonter jusqu'à Galbiati ?

« C'est cette opération (de Galbiati) que vient d'accomplir avec un si brillant succès le professeur Pinard » ;

Est-il besoin d'ajouter que cet anonyme n'a pas vraiment compris le mémoire de Farabeuf ; aussi n'a-t-il pas remarqué dans l'article qu'il annote les lignes que voici (p. 11) :

« Par la pelviotomie (double, de Galbiati) on se propose de créer au fœtus une voie artificielle dans la moitié antérieure du bassin.

« L'intention de Galbiati était d'ouvrir de cette manière une porte univalve ou bivalve dans la moitié antérieure du bassin, pour que le fœtus, au lieu de traverser *le canal osseux, sortît par l'ouverture préparée à sa circonférence* (p. 12, même article)...

Par la section de la symphyse on *agrandit simplement la voie naturelle* (1).

« Il est bien vrai que les deux branches pubiennes deviennent mobiles quand on les a sciées, mais *elles ne peuvent s'écarter* parce que les ligaments cruraux et les muscles obturateurs s'y opposent (2). Au contraire, si on coupe le cartilage qui unit les deux corps du pubis, les deux os sciés pourront alors s'écarter

---

(1) Comme l'a fait Farabeuf pour tout autre chose (H. V.).

(2) L'opération de Farabeuf escompte au contraire la possibilité, démontrée,

l'un de l'autre et, rendus mobiles sur les points sciés comme sur deux charnières, ils s'éloigneront l'un de l'autre graduellement jusqu'à se mettre en direction verticale aux corps pubiens subsistants. On fait ainsi une espèce de *porte bivalve, dans laquelle s'engage la tête du fœtus* (1). »

Il est impossible, on le voit, de faire mieux ressortir, au point de vue de la technique, qui est le petit côté, la dissemblance entre l'opération de Galbiati et autres, et celle de Farabeuf. Quant aux calculs préalables, d'un côté, rien du tout ; de l'autre, la raison même de l'opération et la certitude d'obtenir l'agrandissement recherché.

La dissemblance ressortira plus clairement encore des considérations relatives à la nature de la difformité et que je développerai ultérieurement. A Naples, d'ailleurs, on ne s'y est pas trompé. « Il n'y a, m'érit Spinelli (12 février 93), rien de commun entre l'opération de Galbiati et celle de Farabeuf ».

C'est en 1844 que M. Stoltz déclare à son élève Lacour qu'il conseille de remplacer la symphyséotomie par la simple pubiotomie juxta-symphysienne (proposition de Champion avant 1821), par la méthode sous-cutanée (proposition d'Imbert de Lyon pour la symphyséotomie en 1834 et de Pétrequin en 1836 pour la pubiotomie (2), à l'aide de la scie à chaîne (inventée par Aitken en 1785).

Le seul document authentique concernant cette proposition, celui-là même où M. Charpentier croit que le manuel opératoire a été décrit tout au long pour la première fois par Stoltz, se trouve dans une note de la page 83 de la thèse de A. Lacour (23 février 1844, Paris) intitulée : *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré*.

Cette note est annexée au chapitre: Comparaison de ses résultats (accouchement prématuré) avec ceux de la symphyséotomie et de l'opération césarienne.

La voici in extenso :

« M. Stoltz pense que le dernier mot n'est pas dit sur la *Symphyséotomie* et qu'on condamne trop généralement cette opération *qu'il appelle pubioto-*

---

de cet écartement et plusieurs de ses temps ont pour but de supprimer l'obstacle des ligaments cruraux et des muscles obturateurs (H. V.).

(1) Dans l'opération de Farabeuf la porte est univalve, la section unilatérale, la symphyse respectée. Le fœtus ne s'engage pas dans la brèche qui n'a pour but que d'agrandir d'une quantité donnée l'aire naturelle du bassin (H. V.).

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, t. XI, p. 279.

mie. Il décrit, depuis plus de 6 ans, dans ses cours, et démontre sur le cadavre, un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles.

« Ce procédé consiste à diviser *un des pubis près de la symphyse* au moyen de la scie à chaînette *sans faire d'incision à la peau.* Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préablement rasé), au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse.

« Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et on fait sortir la pointe *à côté du clitoris*, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie. On adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser *le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent bientôt*, et cet écartement peut-être augmenté presque à volonté, ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement.

« Il y aurait encore bien des choses à dire sur la manière de pratiquer l'opération de la pubiotomie par ce procédé, sur ses effets, son résultat probable. Je n'ai pas eu l'intention d'entrer dans ces détails, j'ai voulu seulement faire connaître la manière de procéder du professeur de Strasbourg. Elle est si simple et si facile à exécuter, elle réunit tant de conditions favorables que nous pensons qu'elle pourra être généralement adoptée. »

Comprenne qui pourra maintenant pour quelle raison ou dans quel but M. Charpentier a été de tous les pelvitomistes choisir M. Stoltz pour en faire,malgré lui, l'inventeur de la technique opératoire de l'*ischio-pubiotomie* dont il n'a jamais parlé pas plus d'ailleurs que son ancien élève Pitois.

Il faut, et c'est l'hypothèse la plus favorable, il faut, quoi qu'il en ait dit dans les quelques mots qu'il a répondus à l'argumentation de M. Pinard, que M. Charpentier ne connût pas très exactement la question lorsqu'il a pris la parole pour la rectification ci-dessus mentionnée. Et de fait, voici ce qu'il enseigne sur ce sujet à la page 931 du tome II de son *Traité pratique des accouchements.* (2e édition, entièrement refondue, 1890).

Il s'agit du manuel opératoire de la symphyséotomie résumé d'après Bouchacourt. Après avoir décrit : 1° la méthode ancienne, méthode de Sigault ; 2° la méthode d'A. Leroy ; 3° la méthode sous-cutanée, M. Charpentier arrive au point qui nous occupe ; et ici je cite textuellement, en respectant la disposition typographique qui est parlante :

« 4° *Symphyséotomie avec section osseuse. Pubiotomie proprement dite.* — Procédé de Galbiati de Naples, de Champion de Bar-

le-Duc, de Stoltz, de Nunziante. Pratiquer une boutonnière au point correspondant à la crête pubienne, passer une aiguille à laquelle on fixe une scie à chaîne, le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os; faire sortir l'aiguille à côté du clitoris entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis. Scier l'os. »

Cette association de noms, cette exclusion d'Aitken, Siebold, Pitois, exclusion persistant encore à l'heure actuelle, cette confusion incompréhensible entre les débridements multiples de Galbiati et de Nunziante, et la simple section juxta-symphysienne de Champion et de Stoltz, ce manuel opératoire unique pour des opérations aussi dissemblables, tout montre qu'imprudemment M. Charpentier s'est lancé dans une question qu'il connaissait mal.

Il est donc bien établi que, même en se bornant au point de vue technique, il n'y a entre l'opération d'Aitken et ses variantes (Cattolica (?), Pitois, Galbiati); l'opération de Siebold ou de Champion et ses variantes (Aitken, Stoltz) et l'opération de Farabeuf qu'une seule chose commune, à savoir que le bassin a été scié.

Mais la différence capitale entre l'opération de Farabeuf et toutes les autres pelvitomies, sans parler de la méthode des mensurations et calculs préalables, la vraie sécurité de tous les pelvitomistes, est dans le but poursuivi : *l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire.*

Je pourrais me borner à faire remarquer que tous les procédés opératoires jusqu'ici proposés ou appliqués l'ayant été avant que Naegele eût décrit cette variété particulière de rétrécissement pelvien (1), Farabeuf n'a pu en la matière avoir de prédécesseur.

Mais, si le bassin oblique ovalaire n'avait pas été décrit avant Naegele, les accoucheurs n'avaient pourtant pas été sans remarquer que quelquefois il y avait ossification de l'une ou des deux symphyses sacro-iliaques.

Or cette ossification, qu'elle fût unilatérale ou bilatérale,

---

(1) Le mémoire de Naegele a paru en 1839, soit sept ans après l'opération de Galbiati et un an après les premiers essais cadavériques de Stoltz.

a été considérée dès les premiers temps de la symphyséotomie et après Naegele lui-même : par les partisans de l'opération comme une contre-indication et par les adversaires comme un des principaux arguments à opposer à la section de la symphyse pubienne et à la pubiotomie.

Quelques citations vont me permettre d'établir, sans réplique possible, que le bassin à ossification ou ankylose sacro-iliaque a été de tous temps un *noli me tangere* pour les symphyséotomistes et les pelvitomistes, et que, par conséquent, l'agrandissement de ces bassins par ischio-pubiotomie unilatérale, proposé par Farabeuf et exécuté par Pinard, est une opération absolument nouvelle.

Il n'est pas pour cela besoin de se livrer à de grandes recherches bibliographiques. Il suffit d'ouvrir les classiques.

J.-L. Baudelocque (*L'art des accouchements*. t. II, p.375 , 7e édition 1883 — réédition de 1807), raconte que Bonnard de Hesdin « n'ayant pu (le 12 février 1778) couper complètement la symphyse du pubis qui lui parut ossifiée, et imaginant bien que ce serait en vain qu'il le ferait, par rapport à l'état des symphyses sacro-iliaques, qui devaient être, dit-il, également endurcies, aima mieux abandonner ce premier projet et recourir à l'opération césarienne » (1).

Dès 1781, Desgranges disait : « A la vérité, si la symphyse antérieure, celle des pubis, était soudée, il serait possible de la désunir avec une scie convexe et boutonnée ; mais si une seule des symphyses postérieures est ossifiée, il n'y a qu'un seul des cs pubis qui s'écartera, l'augmentation obtenue pour le détroit vicié se réduira à peu de chose, il n'en résultera aucun avantage pour l'accouchement, et si toutes deux sont soudées, c'est en vain qu'on aura *scié* les pubis, on sera forcé de recourir à la section césarienne que l'on aurait dû pratiquer en premier lieu » (2).

Mme Lachapelle (t. III, p. 440, 1825) dans les quelques objections qu'elle formule contre la symphyséotomie remarque « que ce n'est pas tant l'ossification de la symphyse

(1) Voy. l'observation authentique. *Journal de médecine*, t. 49, p. 433, 1778.
(2) Ibid., t. 68, p. 88, 1786.

pubienne qu'on aurait pu craindre de rencontrer (puisqu'il aurait été possible encore d'en faire la section au moyen de la scie) que celle des symphyses sacro-iliaques, assez fréquente selon Boer (p. 22) et que nous avons deux fois observée(voyez-en plusieurs exemples cités par Lauverjat, p. 258) et qui aurait empêché tout écartement ».

Et à la page 449, comme conclusion de l'examen anatomique du bassin d'une femme morte à la suite d'une opération césarienne faite par P. Dubois à la Maternité on lit : « *La symphyse sacro-iliaque droite est ankylosée, disposition qui aurait rendue inutile la section pubienne si l'on y eût voulu recourir* ».

Ce bassin a été depuis décrit comme un parfait exemple du bassin oblique ovalaire de Naegele, par Naegele lui-même.

L. J. Bœr (de Vienne), dans ses *Libri de Arte obstetricia* (in-8°, Vienne, 1830, p. 28), écrit (Aphorisme 12e sur la symphyséotomie) :

« Denique obduratis plus minusve in osseam compagem posticis cartilaginibus (quod fieri aliquando, pelves in os continuum concretæ, eæque non informes plurium in juventa ferme mortuarum monstrant) *nullo modo pubes secari et diduci potest.* Quo magis id timendum in fœminis est, quarum cartilagines et ossa jam diu labe aliqua affecta prudentium suspiciones movent. »

« S'il arrivait dit Velpeau (1), que la symphyse fût ossifiée comme dans les bassins cités par Weidmann, Lauverjat (*Nouv. méth. de pratiq. l'opér. cés.*, p. 258), comme Bœr et Mme Lachapelle disent qu'on le rencontre assez souvent, et ainsi que je l'ai moi-même rencontré deux fois, il y aurait si peu de chances d'obtenir un agrandissement un peu considérable, qu'au lieu de scier l'articulation, comme le conseille M. Champion et comme l'a fait Siebold, j'aimerais mieux avoir recours à l'opération césarienne.

« En portant la scie en dehors de la symphyse, sur le corps même de l'os, d'après le conseil de Desgranges, et comme le

(1) *Traité complet*, t. II, p. 435. Paris, 1835.

fit ce W. (1), dont parle Lauverjat (*ibid.*, p. 258), l'opéra tion ne serait ni plus ni moins dangereuse ; car c'est en ar rière, dans les articulations sacro-iliaques et non pas e avant, que se trouve la difficulté. »

Jacquemier y revient par trois fois (*Manuel des accouche ments*, 1846. « Si la tête, engagée dans la position la plu favorable, reste au-dessus du détroit supérieur par un défau réel de proportion, la disproportion devra être telle au détro inférieur qu'il ne doit rester d'autre chance de délivrer l femme que l'opération césarienne ou la mutilation du fœtus les avantages de la symphyséotomie, à cause de l'ankylos de la symphyse sacro-iliaque, devenant problématiques (t. I, p. 42, article Bassin rétréci oblique ovalaire).

« Si la symphyse était ossifiée, il faudrait se servir de l scie; mais cette circonstance, si elle se rencontrait, devra faire craindre que les symphyses sacro-iliaques ne fusser dans le même état, et il serait prudent de renoncer à l'opé ration » (t. II, p. 494).

Et page 476 :

« Il peut arriver que les articulations sacro iliaques soier plus serrées et même ossifiées. L'une d'elles l'est constam ment dans le bassin *oblique ovalaire*. Dans ces cas, la sectio de la symphyse est contre-indiquée. »

H. F. Nægele et W. L. Grenser (*Traité pratique de l'art de accouchements*. Traduit par G. A. Aubenas, professeu agrégé à Strasbourg, ouvrage précédé d'une introduction d M. Stoltz. Paris, 1869, p. 484) énumérant les doutes et obje tions formulés contre la symphyséotomie, disent : « Jamais o ne peut établir à l'avance si les pubis s'écarteront ni de com bien. Il peut même arriver qu'une des symphyses sacro iliaques, ou que toutes les deux soient ossifiées, ce qu annule complètement le résultat de l'opération ».

Enfin, tout récemmment (1892), Robert-P. Harris (1 écrit : « Si l'on veut extraire le fœtus par les voies natu relles, à l'aide de la symphyséotomie, il faut s'assurer qu

(1) Probablement Siebold « chirurgien de W.... » Würtzbourg.

(2) The Remarkable results of antiseptic symphysiotomy.

les symphyses sacro-iliaques sont normales. L'opération est impraticable dans un bassin de Robert ou de Naegele, ou dans un bassin atteint d'ankylose coxalgique dans l'enfance ».

En voilà assez pour démontrer que le bassin oblique ovalaire, le bassin à ankylose sacro-iliaque unilatérale, a toujours été considéré comme un *noli me tangere* par les symphyséotomistes et les pubiotomistes.

L'opération de Farabeuf qui l'agrandit quand il a besoin de l'être (1) d'une quantité mathématiquement calculée à l'avance, par ischio-pubiotomie unilatérale du côté ankylosé, c'est-à-dire par un procédé opératoire qui auparavant n'avait été ni soupçonné, ni indiqué, ni décrit, ni figuré, est donc bien une opération nouvelle. On est étonné de lire (2) que c'est seulement « une indication nouvelle » d'une « opération conseillée par M. Stoltz et autres contre les bassins rachitiques ».

H. VARNIER.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

(*Suite et fin*) (3)

Par le Dr **Alphonse Herrgott**.
Professeur de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Nancy.

Pour Neumann, de Berlin (4), l'origine infectieuse de l'éclampsie ne lui semble pas douteuse, bien qu'il ne puisse dire au juste quel est cet agent infectieux.

Or, le mémoire que M. Émile Blanc a publié dans les

---

(1) Nous montrerons dans un prochain article, en nous appuyant sur Litzmann et Simon Thomas, et sur une statistique plus récente, que la plupart des *bassins de Naegele* sont justiciables de l'opération de Farabeuf (H. V.).

(2) Voyez plus loin le compte-rendu de l'Académie.

(3) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier, p. 1.

(4) Société de médecine de Berlin, séance du 20 janvier 1892, et *Semaine médicale*, p. 33, 1892.

Archives de tocologie en mars et avril 1889, sur l'action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques, me paraît devoir apporter de la clarté dans cette question si obscure et si complexe de la pathogénie de l'éclampsie.

En novembre 1887, M. E. Blanc avait déjà cherché, mais en vain, dans le sang d'une femme éclamptique un élément microbien pathogénique, mais, s'il n'avait rien trouvé dans le sang, il avait découvert dans les urines un micro-organisme qu'il cultiva et dont il inocula des cultures à des lapins qui succombèrent.

En janvier 1889, M. Blanc reprit, sous la direction de son maître M. le professeur Fochier, ses recherches sur les urines éclamptiques.

De l'urine fut recueillie avec toutes les précautions aseptiques habituelles et on ne tarda pas à découvrir un microbe mesurant 2 millièmes de millimètre de longueur et présentant une largeur moitié moindre. Ce microbe, M. Blanc l'étudia et fit de nombreuses inoculations qui lui permirent de dire qu'il existait dans les urines des éclamptiques qu'il avait examinées, un microbe, dont l'action pathogène se révélait à l'expérimentation par les effets suivants :

1° *Convulsions générales :* chez les lapins ces convulsions sont suivies à bref délai de la mort de l'animal. La gravidité constitue une prédisposition manifeste.

2° *Tuméfaction inflammatoire intense au niveau des points inoculés.* Cette inflammation se produit chez les animaux qui ont résisté aux accidents généraux graves du début; elle est bientôt suivie de sphacèle...

3° *Accidents divers d'ordre infectieux.* Abcès miliaires, phlébite, élévation de température.

4° *Détermination de lésions rénales de gravité variable et albuminurie.*

Dans un nouveau travail publié dans les *Archives de tocologie*, en novembre 1889, M. E. Blanc fait connaître le résultat de nouvelles recherches qui portaient à la fois sur l'urine et sur le sang de femmes éclamptiques.

Le sang et les urines de trois éclamptiques ayant été

ensemencés, M. Blanc découvrit dans ces cultures un microbe se présentant « sous forme d'un coccus allongé, ou mieux d'un bacille court, offrant à ses deux extrémités des points foncés analogues à des noyaux et réuni le plus souvent en chaînettes. Les inoculations de culture de ce microbe à des lapins démontrèrent qu'il était pathogène, surtout quand ces animaux étaient en état de gestation ».

Frappé par les résultats obtenus par M. Blanc, je résolus de faire des recherches analogues et d'examiner les urines et le sang des femmes éclamptiques qui seraient amenées dans mon service.

Ce sont ces recherches que j'ai déjà communiquées en grande partie à la Société obstétricale de France, au mois d'avril dernier, que je vous demande la permission de vous rappeler ici, regrettant toutefois qu'elles ne soient pas plus nombreuses, mais me promettant bien de les continuer.

Du 20 novembre 1889 jusqu'au 1er novembre 1892 dix-sept éclamptiques sont entrées à la maternité de Nancy. Le sang et les urines de neuf d'entre elles seulement ont pu être examinés au point de vue bactériologique.

Ces recherches ont été presque toutes faites avec l'aide de M. Haushalter, agrégé et chef du laboratoire bactériologique des cliniques de la Faculté. Sa compétence et ses travaux antérieurs donnent à ces recherches une valeur sur laquelle je crois qu'il est inutile d'insister ; je tiens seulement à le remercier ici de son précieux concours.

L'ensemencement du sang est resté stérile dans tous les cas où il a été pratiqué.

Il en a été de même des ensemencements faits avec des fragments de placenta, de foie, de rate et du rein d'une femme éclamptique qui avait succombé le 21 mars 1891 ; ils ont tous été négatifs.

Quant à l'urine, recueillie à la sonde avec tous les soins habituels, de façon à avoir une urine qui ne fût pas contaminée par des germes extérieurs, elle ne contenait dans sept cas aucun élément microbien, mais dans deux autres observés, l'un le 26 novembre 1889, l'autre le 7 janvier 1891,

les ensemencements de l'urine éclamptique ont donné lieu à des cultures pures d'un microbe spécial dont nous allons rapporter la morphologie.

Le microbe développé sur des plaques de gélatine que M. Haushalter avait ensemencées avec de l'urine des deux éclamptiques dont nous venons de parler, est le *seul* élément microbien qui se soit développé dans ces cultures.

Ce microbe se présente sous *divers aspects* dans une même culture ; il se présente sous la forme d'un bâtonnet tantôt trapu, court, deux fois plus long que large, tantôt légèrement ovoïde, tantôt affectant la forme d'un biscuit, tantôt un peu allongé en forme de bacille présentant des mouvements de reptation et s'incurvant latéralement. Quelquefois ces microbes présentent à leur centre ou à leurs deux extrémités un point plus foncé.

On n'a pas constaté la présence de spores libres. Ces microbes qui se colorent rapidement avec les couleurs d'aniline, se décolorent assez facilement par la méthode de Gram.

Les cultures de ce microbe sur de la gélose produisent assez rapidement des plaques blanches, humides, lisses, assez semblables à de légères taches de cire.

Les cultures sur gélatine à 20 degrés, en piqûre, donnent un pointillé le long de la piqûre avec un léger développement à la surface.

Au bout d'une quinzaine de jours, il se forme une ligne blanchâtre finement dentelée le long de la piqûre, avec culture en clou, tête arrondie, d'un blanc grisâtre un peu translucide, à sa surface. A aucun moment la gélatine n'a été liquéfiée.

Sur la pomme de terre ces cultures forment des papules grises humides.

Le bouillon est troublé rapidement et reste trouble.

Le microbe est *pathogène* pour le lapin, au moins dans les cultures *récentes ;* plus tard il perd son action pathogène, comme l'ont démontré les inoculations de deux lapins faites avec des cultures pures provenant de l'urine d'éclamptiques que M. Haushalter avait conservées en ballon pendant trois mois avant de les ensemencer.

Les doses qui ont été injectées ont varié de 2 à 4 centimètres cubes de bouillon de culture ensemencés récemment avec des cultures sur gélose. Ces cultures sur gélose étaient elles-mêmes ensemencées en général tous les trois ou quatre jours; dans aucun cas la culture primitive ne dépassait un mois.

Les inoculations ont été faites à six lapins ; 4 lapins adultes et 2 lapines gravides.

Commençons par les *deux lapines gravides* chez lesquelles les effets de l'inoculation ont été bien marqués.

On a constaté de l'inertie, de la parésie des quatre membres et de la tête ; quelques tendances spasmodiques, une respiration suspirieuse, de la diarrhée, de l'amaigrissement.

Elles ont avorté ; la mort est survenue chez l'une au bout de trois jours ; chez les autres au bout de cinq jours.

Le sang et les viscères contenaient le microbe pathogène.

Chez les *lapins*, les résultats observés ont varié suivant les cas.

L'un est mort en quatre jours avec les mêmes symptômes que les lapines pleines ; le sang et tous ses organes renfermaient le microbe inoculé.

Le second meurt au bout de trois semaines après avoir présenté de la parésie des membres, une respiration difficile et de la diarrhée.

Ses organes et le sang ne donnent naissance à aucune culture.

Le troisième lapin, après avoir eu quelques jours de la parésie, de la diarrhée se remet peu à peu ; mais l'oreille inoculée se sphacèle et tombe.

Enfin, le quatrième fut à peine malade après l'inoculation et ne tarda pas à se remettre complètement.

En résumé, sur 6 lapins inoculés, 4 sont morts, un au bout de 3 jours, un autre au bout de 4, un autre encore au bout de 5, le dernier au bout de 3 semaines et deux ont guéri.

Parmi les lapins morts, on trouve les deux femelles pleines; chez elles, les symptômes parétiques respiratoires et

les troubles intestinaux semblent avoir été plus marqués que chez les autres.

Chez tous ces animaux morts, l'ensemencement des organes et du sang a permis de déceler la présence du microbe inoculé, sauf toutefois chez le lapin mort au bout de 3 semaines qui paraît avoir succombé aux conséquences de l'infection, plutôt qu'à l'infection elle-même.

Ces faits nous permettent donc de conclure que l'*urine de deux de nos éclamptiques renfermait à l'état de pureté une espèce microbienne pathogène.*

Les précautions avec lesquelles l'urine a été recueillie ne permettent pas de supposer que le microbe provienne des voies génitales externes ou de l'urèthre.

D'autre part, on sait que l'urine dans la vessie, chez l'individu sain, ne contient pas de microbes, et M. Haushalter, pendant que ces femmes éclamptiques étaient à la Maternité, a recueilli aseptiquement de l'urine chez quatre femmes enceintes normales et chez deux femmes enceintes albuminuriques ; or, ces urines sont toujours demeurées stériles.

Le microbe pathogène qui a été trouvé dans l'urine de deux éclamptiques est donc un microbe spécial qui, bien qu'il n'ait pas produit des convulsions bien nettes chez nos lapins et bien qu'il ne liquéfiât jamais la gélatine, alors que celui trouvé par M. Blanc l'a liquéfiée quelquefois, a cependant *morphologiquement* une grande ressemblance avec celui qu'il a décrit dans sa première communication.

Sans doute, les phénomènes observés chez nos lapins inoculés ne sont pas absolument identiques à ceux que nous constatons chez la femme éclamptique, mais nous savons tous que des effets différents peuvent être obtenus par un même virus chez l'homme et chez les animaux.

D'autre part, ce microbe détermine chez le lapin des symptômes d'infection générale caractérisée par de la diarrhée, par de la broncho-pneumonie, par des phénomènes parésiques qui persistèrent alors que le microbe n'était plus retrouvé dans l'organisme.

A côté de ces faits, je rappellerai ceux qui ont été communiqués à Rome, en octobre 1889, au deuxième congrès de la Société italienne de médecine interne, par M. Scarlini, sur la nature infectieuse de l'éclampsie.

M. Scarlini, après la communication de M. Blanc, inocula à des chiennes arrivées au terme de leur portée, un microbe provenant de femmes éclamptiques qui se trouvaient dans le service de M. Cantani. Ces chiennes furent prises de convulsions et présentèrent le tableau morbide de l'éclampsie.

Ce même bacille inoculé à des chiennes qui n'étaient pas en état de gestation, n'a donné lieu qu'à des phénomènes fébriles de peu de durée.

Il y a dix-huit mois environ, en cultivant des infarctus blancs du placenta d'une femme éclamptique M. A. Favre (1) est arrivé à isoler un micro-organisme, appelé par lui *micrococcus eclampsiæ*, long de 0,7 à 0,8 centième de millimètre, formant sur la gélatine et sur l'agar-agar, des petits points transparents. Injecté à des lapins, il provoquait souvent des phénomènes de néphrite. Ce même microbe fut encore retrouvé dans les placentas de deux autres femmes éclamptiques.

Le 30 mars dernier, une femme atteinte d'une éclampsie grave ayant succombé dans la maternité de Halle, le professeur Kaltenbach pria M. Gerdes (2), assistant à l'Institut pathologique, de faire un examen bactériologique minutieux des reins, du foie et du sang de cette femme.

Les résultats qu'il obtint sont trop importants ; ils éclairent trop cette délicate et obscure question de la pathogénie de l'éclampsie, pour que je les passe sous silence. Je vais essayer de les résumer brièvement.

Gerdes trouva de nombreuses petites hémorrhagies dans les méninges, sous la muqueuse bronchique et dans le parenchyme du rein. Le foie présentait à sa surface une série de

(1) *Archives de Virchow*, 1891. Bd 123, p. 376, et *Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, 16 mai 1891, p. 238.

(2) Zur Ætiologie der Puerperaleklampsie. In *C. f. Gyn.*, p. 379, 1892.

taches. Au microscope il constate également, comme Schmorl, la présence d'embolies de cellules hépatiques graisseuses dans les artères pulmonaires.

L'examen bactériologique des principaux organes, reins, poumons, foie et sang, lui permet de découvrir des colonies de bacilles de très petite taille, mais d'une assez grande épaisseur. Les bacilles isolés sont arrondis à leurs extrémités, mais, comme ils sont très ténus, pour les découvrir, il faut employer du bleu de méthyle.

Ces bacilles sont quelquefois agglomérés en assez grande quantité. Gerdes trouva même dans un capillaire du foie un tel amas de bacilles que la lumière du vaisseau en était obstruée au point de lui donner l'impression d'une *embolie de bacilles*.

Ils étaient aussi très nombreux dans les reins, surtout au niveau des tubes urinifères, dont l'épithélium était desquamé.

Ces bacilles sont animés de mouvements propres très accentués. Introduits dans un bouillon, ils le troublent rapidement et le rendent virulent en peu de temps.

Un dixième de centimètre cube de ce bouillon de culture injecté à des souris produit des envies de vomir, de la fatigue, de la somnolence interrompue de temps en temps par des crises de convulsions cloniques et quelquefois tétaniques.

Gerdes pense que ces troubles peuvent être expliqués par l'action directe d'un principe toxique sur les centres nerveux, action que la morphine paralyserait ; car, ayant fait à des souris une injection d'un dixième de centimètre cube d'une solution de morphine à 2 0/0 avant de leur inoculer du bouillon de culture, il ne se produisit aucun symptôme d'intoxication, tandis qu'ils apparaissaient rapidement chez les souris témoins qui n'avaient pas été préalablement morphinisées.

A l'autopsie de ces animaux, Gerdes trouva des bacilles dans la cavité abdominale, dans le sang, dans le foie et dans les reins.

Des inoculations analogues faites à des rats furent également suivies de succès. Celles que l'on fit chez le lapin, le cobaye et le pigeon restèrent sans résultat.

Il me semble inutile d'insister sur la valeur d'une pareille observation ; on comprend facilement l'importance des conséquences qui en découlent, surtout si de nouvelles recherches viennent la confirmer.

Enfin le 19 mars 1892, MM. Combemale et V. Bué communiquent à la Société de biologie le résultat de l'examen bactériologique du sang de femmes atteintes d'éclampsie pendant le travail ou après l'accouchement, sang dans lequel ils auraient constaté la présence du *staphylococcus pyogenes* dans ses deux variétés *aureus* et *albus*, mais surtout *albus*.

Quelques semaines après, ces expérimentateurs confirment dans une nouvelle note (1), lue le 8 juin au Congrès des Sociétés savantes, leur communication précédente et formulent, avec réserve toutefois, les conclusions suivantes : 1° *les staphylococcus sont les agents de l'éclampsie post-puerpérales*. D'autres auteurs, disent-ils, ont trouvé d'autres micro-organismes, mais d'après eux, le staphylococcus doit être réservé aux cas où les attaques éclamptiques sont postérieures à l'accouchement ; l'éclampsie pouvant alors être considérée comme une manifestation anormale de l'infection puerpérale.

2° *Les produits solubles des staphylococcus sont des substances éclamptisantes.*

Il est regrettable que MM. Combemale et Bué n'aient pas, par des expériences, confirmé cette hypothèse.

En réunissant ces différents faits, ceux que je viens de rappeler avec ceux qu'il m'a été possible d'observer, je suis porté à penser que les convulsions que l'on observe chez les parturientes et auxquelles on a donné le nom *général* d'éclampsie, peuvent être produites par deux causes différentes.

Je rappellerai cependant les crises qui surviennent chez

(1) *Bulletin médical du Nord*, 24 juin 1892, p. 273.

des épileptiques. On a pu les confondre au début avec un accès d'éclampsie, mais un examen clinique plus approfondi ne tarde pas à en montrer la véritable nature, aussi je ne ferai que les mentionner sans y insister davantage.

Parmi les *véritables* crises d'éclampsie, *les premières* sont le résultat d'une *auto-intoxication*, conséquence de l'altération du filtre rénal, comme celles que l'on observe dans les différentes formes de la maladie de Bright. Ici, le rein est malade, son tissu est altéré, il fonctionne mal. Sans doute, la grossesse dans les modifications qu'elle apporte dans la constitution de la femme, et en particulier dans l'appareil circulatoire, est susceptible de créer parfois un état pathologique qu'elle aggravera toujours, lorsqu'il existera.

Dans ces cas, les attaques convulsives sont analogues à celles que l'on observe dans l'*urémie vraie;* les urines ont contenu, contiennent, et contiendront, si la femme survit, des débris plus ou moins importants de l'épithélium rénal, les urines seront *toujours* albumineuses et la gravité de la situation sera en quelque sorte proportionnelle à l'abaissement de la température, ainsi que l'a démontré M. Bourneville (1), en 1875.

Mais indépendamment de cette sorte de convulsions éclamptiformes, il en est une *deuxième, qui est produite par un microbe pathogène spécial* qui trouve dans l'organisme maternel, modifié par la grossesse, un terrain de culture favorable à son développement, ainsi que le prouvent nos expériences et celles de Doléris, de Blanc, de Favre, de Gerdes, etc., qui semblent nettement démontrer la nature infectieuse de cette forme d'éclampsie.

Les phénomènes cliniques, l'élévation de la température, les lésions anatomiques, sont les symptômes que l'on rencontre dans les maladies infectieuses. Il en est de même des troubles de la sécrétion urinaire; l'albuminurie qui

(1) *Archives de tocologie*, avril 1875.

fait cependant quelquefois défaut, puisque M. Charpentier (1) a pu réunir 141 cas d'éclampsie sans albuminurie, se comporte comme dans les intoxications microbiennes, telles que la scarlatine, la diphtérie, etc.; en un mot, tout se réunit pour montrer que l'éclampsie peut aussi être produite par une intoxication, par un empoisonnement analogue à ceux qu'on observe dans les infections d'origine microbienne, *qu'elle peut être une hétéro-intoxication.*

Mais, est-ce ce micro-organisme lui-même qui est la cause directe de la maladie, ou bien ce rôle doit-il être attribué aux *toxines* qu'il sécrète ? Il est évident que de nouvelles recherches sont nécessaires pour répondre catégoriquement à une pareille question et pour attribuer au microbe pathogène et à ses produits le rôle qui revient à chacun d'eux.

Cependant, en me basant sur ce que nous connaissons de la physiologie de certains microbes, et particulièrement sur la toxicité du poison sécrété par le bacille diphtéritique de Klebs, d'après les travaux si remarquables de Roux et Yersin (2); en m'appuyant d'autre part sur ce fait, à savoir, que sur neuf femmes manifestement éclamptiques dont le sang et l'urine avaient été examinés, nous n'avions constaté que deux fois la présence d'un microbe pathogène, je serais assez disposé à admettre que l'*éclampsie vraie* de la femme enceinte *est due à l'action d'une toxine produite par ce microbe spécial sur le système nerveux préparé par la gravidité*; proposition qui confirme l'hypothèse que j'émettais à la Société de médecine de Nancy, dans sa séance du 12 novembre 1890, quand je disais (3) que, d'après des recherches qui n'étaient pas encore terminées, il était probable que l'éclampsie puerpérale était due à une intoxication par les ptomaïnes que produisent les microbes décrits par M. Blanc.

Comme conséquence pratique de cette étude, il résulte que

---

(1) *Loc. cit.*, p. 772, t. I, 2e éd.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 décembre 1888.

(3) *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, p. XVI, 1891.

si, jusqu'à présent, l'art ne peut rien pour empêcher l'invasion microbienne, l'accoucheur peut cependant en atténuer les effets en *détoxinisant* la femme soit par des évacuants intestinaux, soit, surtout, par des diurétiques, à la tête desquels nous devons placer le lait.

Aussi ne saurions nous trop insister sur l'utilité qu'il y a de suivre le précepte formulé par le professeur Tarnier, qui veut que, dès qu'il y a de l'albumine dans l'urine, ou qu'on observe quelques symptômes qui fassent craindre une intoxication capable de produire l'éclampsie, la femme soit uniquement mise au régime lacté.

C'est donc en examinant toujours les urines des femmes arrivées à la fin de la gestation, c'est en suivant le sage conseil de M. Tarnier, que l'on parviendra à éviter ces attaques d'éclampsie si redoutables pour la mère et pour l'enfant.

RÉPONSE

AU BULLETIN DE L'ACADÉMIE DU 31 JANVIER 1893

En séance, M. Pinard n'a pu répondre à ce qui devait être subrepticement introduit dans le *Bulletin*.

Je viens, sans espérer de M. Charpentier une appréciation équitable — affaire de sentiment, Pinard y étant mêlé — faire connaître les autorités et les textes invoqués et les précipiter sur celui qui les a imprudemment appelés à son aide. Je ne négligerai aucune phrase, aucun mot des auteurs cités, ou qui auraient dû l'être, pouvant avoir quelque importance dans le débat. Cependant, on ne trouvera ici que :

D'une part, des affirmations dénuées de toute preuve, textes erronés, altérés, apocryphes que M. Charpentier n'a pas su reconnaître tels et qui naturellement, ne font qu'obscurcir la question ;

D'autre part, des citations authentiques qui démontrent

le mal fondé des affirmations de M. Charpentier et qu'il a feint de ne pas apercevoir. Ainsi le public aura, avec l'article historique de Varnier que je viens de parcourir en épreuves, des éléments plus que suffisants pour apprécier justement la valeur des affirmations orales et écrites de M. Charpentier. Nous ne pouvions nous contenter d'incriminer le vilain sentiment qui l'a poussé; il nous fallait encore démontrer vraie l'invraisemblable ignorance qui lui a permis d'oser.

Citations, rectifications, cela va faire un article ennuyeux qui ressemblera à la copie corrigée d'un mauvais élève.

Que je sois pendu sur l'heure, si lorsque l'été dernier j'ai étudié le bassin oblique ovalaire, lorsque j'ai rédigé le mémoire on ne peut plus modeste, qu'ici même vous avez lu, j'ai songé à autre chose qu'à *résoudre un problème dont la solution, réputée impossible, n'existait pas.*

M. Charpentier ne s'imagine pas combien il m'est indifférent que mon nom soit donné à cette opération qui, je le sais aujourd'hui, m'appartient sans conteste. Mais il ne sait pas non plus ce que je suis capable de faire pour défendre ceux que j'estime et aussi ma propre réputation, même quand elle ne court aucun danger.

Que le lecteur veuille bien considérer que nous avons été Pinard et moi gravement outragés.

Je sais bien qu'on nous a dit de toutes parts (c'était l'avis de gens connaissant les personnes), mais laissez donc parler M. Charpentier.... Qu'est-ce que cela vous fait?

Cela me fait que son autorité n'est point encore si affaiblie qu'il ne puisse résulter aucun mal de ses affirmations.

Mais mon désir était de garder le silence et de ne pas faire cette répugnante besogne. Se défendre, c'est faire valoir sa personne et déprécier celle de l'adversaire.

Je ferai tout pour que les représailles restent modérées parceque « la passion est une atténuation de la culpabilité. »

Cependant, telles quelles, elles vont sembler cruelles. Je ne puis pourtant pas me livrer pieds et poings liés à l'ennemi acharné de mon ami ni laisser sans réponse cette publication fort peu lue, mais officielle qu'on appelle le Bulletin de l'Académie quoique la rédaction en soit fort peu surveillée par l'Académie.

Je prends les phrases de M. Charpentier telles que vous pouvez les lire d'un trait ci-après p. 151 ; et l'une après l'autre je les examine et les réfute.

M. Charpentier. — « Quoi qu'en dise M. Pinard, l'opération qu'il a pratiquée heureusement chez sa malade, n'est pas une opération nouvelle. »

Réponse. — Peut-être, si Pinard n'était pas de l'affaire, la torture suffirait-elle pour faire avouer à M. Charpentier que j'ai résolu un problème dont la solution, je le répète, n'existait pas, était même réputée impossible. Je l'ai pourtant fait sans trouver dans l'histoire autre chose que des motifs de découragement et je l'ai fait avec un désir tout autre que celui de faire parler de moi. Ce que j'ai fait s'appelle : *agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire, par ischio-pubiotomie unilatérale calculée, du côté ankylosé rétréci.* L'intervention de M. Charpentier m'a fait étudier autrement que lui, l'histoire des pelvitomies que ce numéro fait connaître à tous.

L'opération que Pinard a appelée de mon nom est absolument nouvelle. Je n'ai pas inventé, au XVIII[e] siècle, la Méthode des Pelvitomies de Sigault et d'Aitken.

M. Charpentier. — « Lorsque j'ai déclaré qu'il fallait donner à cette opération le nom de Stoltz et non celui de Farabeuf, je savais parfaitement que M. Stoltz n'avait pas inventé la pubiotomie. »

R. — D'abord pourquoi parler de pubiotomie ? Ce que j'ai fait n'a rien du tout de comparable à la pubiotomie, dite de Stoltz par M. Charpentier.

Mais notre contempteur savait-il vraiment que Stoltz n'était pas l'inventeur de cette pubiotomie? Si oui, pourquoi a-t-il choisi son nom? Il va répondre tout à l'heure : « parce que le manuel opératoire avait été décrit *tout au long* et *pour la première fois* par Stoltz dans la thèse de Lacour en 1844 ». Moi qui savais, comme vous qui venez de lire le mémoire de Varnier que « pour la première fois » n'était pas plus vrai que « tout au long », je ne pouvais, à ce moment, croire M. Charpentier plus ignorant que moi-même ni par conséquent chasser ce naturel soupçon : puisqu'il n'a choisi ni Galbiati ni Aitken, ce qui eut été un peu moins déraisonnable, c'est qu'il a trouvé le nom de Stoltz psychologique.

« Déposséder », tenter de « déposséder » un homme chargé d'ans et de considération, le doyen vénéré de l'obstétrique française, le grand accoucheur de l'École de Strasbourg arrachée de nos bras..... cela ne devait-il pas sembler le comble de la vilenie et exaspérer le *Temps* (mercredi soir 18 janvier), journal des Alsaciens et de ce public instruit à l'estime duquel on tient?

M. Charpentier. — « Bouchacourt dans son article « *Pubiotomie* » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences* « *médicales*, nous avait donné un historique détaillé de la « question. »

R. — L'article de M. Bouchacourt est, avec celui de Murat, parmi les meilleurs qu'on puisse lire sur la symphyséotomie ou pubiotomie. Mais il contient des fautes et surtout des lacunes historiques imputables à l'impossibilité où l'auteur s'est trouvé de puiser aux meilleures sources. Cette impossibilité n'existe pas à Paris. M. Charpentier eût donc dû s'apercevoir des erreurs et des confusions que je me vois obligé de signaler pour ruiner son autorité.

Je demande pardon à M. Bouchacourt, de disséquer ce que

M. Charpentier prend pour un historique *détaillé*, et de l'annoter. On va voir qu'il ne répaud aucune lumière sur le présent litige. Les mots erronés discutés ont été mis par moi en italique dans la citation.

« Extrait de BOUCHACOURT, p. 814. — 3° Symphyséotomie avec section osseuse, pubiotomie proprement dite.

« Appliquant aux os du bassin, et en particulier à *la branche horizontale du pubis*, plus ou moins près des surfaces articulaires, les procédés que nous venons de décrire pour la contiguïté, *Galbiati* de Naples, Champion de Bar-le-Duc et Stoltz *avaient songé à laisser intacte la symphyse pubienne* et à faire la section entre l'articulation iléo-fémorale et celle des pubis (1).

« Il paraitrait même que *dans le procédé d'Aitken que nous avons indiqué* (2), si le chirurgien d'Edimbourg se servait

(1) Erreurs de faits, erreurs de noms. Champion de Bar-le-Duc et Stoltz n'ont pas proposé de couper *la branche horizontale du pubis*, c'est-à-dire au droit du trou sous-pubien, mais le corps du pubis à côté de la symphyse.

Le nom de Galbiati, jure ici, car sa proposition comporte bien autre chose que la section de la branche horizontale du pubis ; de plus, il n'a pas laissé intacte la symphyse pubienne.

(2) Le procédé d'Aitken que Bouchacourt a indiqué n'est pas la *pelvitomia nova* comparable à l'opération de Galbiati et de Cattolica. De cette « pelvitomie nouvelle » la *seule importante en l'espèce*, Bouchacourt *ne parle pas* ; et M. Charpentier ne semble pas s'en être aperçu !

En effet, au sujet du procédé d'Aitken auquel il fait allusion ici, le professeur de Lyon s'exprime en ces termes, p. 811 : « 2° *Méthode sous-cutanée*. (Il s'agit de Symphyséotomie). Décrite pour la première fois avec soin par Faure-Biguet, élève d'Imbert, chirurgien en chef de la Maternité de Lyon, cette opération n'avait été exécutée par lui qu'une fois, avant 1834, date de la thèse de Faure-Biguet et n'a pas été pratiquée de nouveau par son auteur, que nous sachions du moins. On a trouvé depuis lors qu'elle était connue depuis longtemps et suivant Pétrequin (*Bulletin de thérapeutique*, 1836 t. VI p. 275. etc.) Aitken, chirurgien d'Edimbourg, en 1786, et un accoucheur espagnol d'Utrera, en Andalousie (1780) avaient eu la même idée, qu'ils auraient mise en pratique (Voyez ancien *Journal de médecine*, t. LXVII) près d'un demi-siècle avant les travaux de Jules Guérin, qui créa et désigna la méthode par un nom qui est resté ».

On voit qu'il s'agit ici d'un sous-procédé de symphyséotomie et non de la *pelvitomie* pourtant bien exposée par Aitken.

Ce nom d'Aitken qui méritait un article à part, (v. ci-devant, Varnier, p. 90)

d'une *petite scie à main ou articulée,* l'idée première qui devrait lui en être attribuée aurait été reprise plus tard soit par *Champion* de Bar-le-Duc soit par Cattolica, de Naples, et mise en pratique par Galbiati et Nunziante (1) sous le nom de *Pubiotomie* (2).

L'opération de Nunziante fut pratiquée à l'hospice des Incurables en 1841, sans succès pour la mère et l'enfant qui succombèrent. Galbiati n'avait pas été plus heureux en 1836 (3); il sectionna la branche horizontale, puis la branche ascendante (?) du pubis d'un côté, il fit ensuite la symphyséotomie proprement dite. Ce ne fut qu'au bout de 24 heures qu'on scia les os de l'autre côté. Dans une note que je dois à l'obligeance de Macari, de Gênes, il est dit que G. Galbiati en 1818 et 1819 aurait déjà proposé et *mis en pratique* (4) la méthode des sections osseuses : ce serait par conséquent bien avant le moment où la première opération de ce genre aurait été connue en France (1844, Thèse de Lacour).

Quoi qu'il en soit, en remontant encore plus haut, on voit que *de Siebold (Archives de l'Académie royale de chirurgie, 4 février* 1778) (5) tombant dans un cas sur une symphyse pubienne ossifiée, en pratiqua la section avec la scie et put trouver ainsi l'idée d'une méthode qui, cette fois, motivée par la nécessité, pouvait devenir une méthode d'élection. Incontestablement il ne songe pas, dès l'abord, à faire de son procédé une application générale, mais cet exemple, qui n'était pas à dédaigner, n'aura pas été perdu.

Bouchacourt insère ensuite le fameux exposé du *procédé*

---

ne revient plus que page 813 encore est-ce à tort : « Le cas de Siebold, de Bonnard de Hesdin et quelques autres analogues connus, *celui d'Aitken,* sans parler de ceux qui n'ont pas été publiés, pouvant faire craindre de tomber sur une symphyse pubienne ossifiée..., etc. » *Or, il n'y a pas de cas d'Aitken.*

(1) On voit encore ici la même confusion entre la pubiotomie simple juxta symphysienne, proposée par Champion comme succédané de la symphyséotomie ordinaire et les sections multiples avec ou sans symphyséotomie de Galbiati et Nunziante.

(2) Galbiati n'a pas décrit son procédé sous le nom de pubiotomie, c'eût été absurde, mais sous celui de pelvitomie, ce qui était raisonnable.

(3) L'opération de Galbiati est de 1832.

(4) Voyez plus haut ce que dit Morisani dans l'article de Varnier. Les premières expériences cadavériques seraient de 1825, et la première opération n'est certainement pas antérieure à 1832.

(5) C'est la date même de l'opération et non de la présentation à l'Académie royale de chirurgie.

de Stoltz, d'après la note de la thèse de Lacour (le manuel opératoire « décrit tout au long » tient en huit lignes et trois mots). Après quoi il termine en faisant dire à Jacquemier de l'opération de Stoltz :

« *C'est le procédé de Galbiati appliqué à la méthode sous-cutanée*, qui perd alors, d'après son auteur, une partie de sa gravité, et *peut être vraiment utile si elle donne une voie suffisante pour éviter l'opération césarienne* (JACQUEMIER, *Traité d'obstétrique*, t. II, p. 495) » (1).

M. CHARPENTIER. — « Herrgott vient d'y revenir longue- « ment (sur l'historique) dans son dernier et magnifique « ouvrage. »

R. — Double gaffe : 1° Ce n'est pas M. Herrgott, mais Ed. G. J. de Siebold qui, en 1845, dans le 2e volume de son Essai d'une Histoire de l'Obstétricie (récemment traduite par M. Herrgott), est revenu sur l'historique de la question.

Y est-il revenu *longuement ?*

Le lecteur va en juger :

Siebold dit : « La proposition la plus insensée a été faite par Galbiati de Naples ; il conseilla de sectionner le pubis

---

(1) Ici encore l'auteur, qui traduit Jacquemier, confond la simple section du corps du pubis de Champion et de Stoltz, proposée pour remplacer la symphyséotomie dans les bassins qui en sont justiciables, avec les débridements multiples de Galbiati qui avaient pour but d'étendre le champ de la méthode des sections pelviennes aux bassins extrêmement étroits considérés comme justiciables de la seule opération césarienne. Galbiati découpait dans l'arc antérieur du bassin un large panneau mobile, ou même deux de demi-largeur ; est-ce comparable à la simple pubiotomie médiane ?

Au reste, Jacquemier, qui n'est pas cité textuellement, n'a pas si mal parlé puisque après avoir décrit l'opération sous-cutanée de Stoltz, il ajoute : « *Pratiquée de cette manière* (c'est-à-dire par la méthode sous-cutanée), *la section du corps et de la branche des pubis de chaque côté entre les trous sous-pubiens, proposée par M. Galbiati, devant perdre une partie de sa gravité*, est peut-être destinée à rendre un grand service, si elle donne une voie suffisante pour rendre inutile l'opération césarienne.

en cinq endroits ; il fit, en effet, en 1832, cette opération barbare, naturellement avec le plus éclatant insuccès.

C'est ainsi que les erreurs scientifiques peuvent conduire de plus en plus loin. L'histoire a démontré qu'en tout temps, ce qui est le moins pratique trouve cependant des imitateurs pour aggraver encore l'erreur ». § 182, p. 457, La Symphyséotomie dans les autres pays.

Et en note, page 460, observation 3 ·

« Sur la proposition audacieuse de Galbiati, qui toutefois n'était pas absolument nouvelle, voyez, etc. (Suivent les indications bibliographiques qu'on trouve tout au long dans Nægele et Grenser) (trad. fr., p. 486.) Il a été dit plus haut (paragraphe 132) qu'Aitken avait proposé de scier les os pubis dans les cas d'étroitesse pelvienne. »

En effet Siebold a dit et sans justesse, page 35, à la biographie d'Aitken.

« *Aitken regardait la symphyséotomie comme inutile; elle ne serait utile que si on obtenait un allongement de près d'un pouce du diamètre antéro-postérieur* (1).

« Pour la pratiquer, il avait imaginé un couteau flexible agissant de dedans en dehors, afin d'éviter de léser la vessie; il avait imaginé aussi une scie flexible pour scier la symphyse dans le cas où elle serait ossifiée. Mais toutes ces conceptions sont surpassées par la proposition, en cas d'étroitesse considérable, de scier la paroi antérieure du bassin en détachant un segment, de laisser cicatriser cette pièce osseuse de façon à ce que cet élargissement subsistât pour l'avenir. »

C'est tout, absolument tout ce que dit Siebold. M. Charpentier n'a pas pu y lire les noms de Desgranges ni de Champion, Pitois, Stoltz. Pourquoi donc l'appelle-t-il en témoignage ?

(1) Ce n'est pas du tout ce que me disent ces mots :

« This operation is indicated, and likely to succeed, when about *half an inch* of addition to the short chamber is sufficient to allow the transmission of the Child. » 2e édit., p. 78.

Je comprends que, d'après Aitken, la symphyséotomie est indiquée et doit réussir quand un demi-pouce d'allongement au plus petit diamètre peut suffire au passage de l'enfant.

2° *A fortiori*, pourquoi appelle-t-il M. Herrgott l'auteur d'un tome III faisant appendice aux deux de Siebold ? Lui ne pouvait dire un mot de la question, et pour cause. Il n'avait à s'occuper de l'histoire de la symphyséotomie que *depuis 1845*. Or la thèse de Lacour (le dernier document de la série) où se trouve décrit le procédé de Stoltz, est de 1844.

Mais M. Charpentier qui m'a fait courir d'un bout à l'autre du volume d'Hergott, ne l'a certes jamais lu : car je ne connais pas d'homme ayant assez de grandeur d'âme pour trouver « magnifique » un ouvrage où son œuvre à lui se trouve appréciée ainsi :

HERRGOTT, p. 411. — « Très considérable est la somme de travail qui a été nécessaire pour réunir, classer et apprécier les nombreux documents qui constituent cette œuvre ; les renseignements qu'on y trouve sont immenses ; aussi, tout le monde consulte ce livre ; *mais, trop souvent le lecteur déplore le manque d'exactitude dans les indications bibliographiques* qui se trouvent à la tête des chapitres et dans les lettres qui accompagnent les figures, *ainsi que le manque d'impartialité dans les jugements de l'auteur.* »

Je me défends, ne l'oubliez pas.

Au Palais, c'est un double devoir de tirer avantages et des faits de la cause et de la personne morale de l'Accusateur.

Tant vaut le témoin, tant vaut le témoignage.

M. CHARPENTIER. — « Gottchaux, dans sa thèse de 1892, « a donné (l'historique) dans tous ses détails. »

R. — Il en a donné un, mais ce n'est pas le bon. Un homme de sens, un homme instruit, aurait dû s'apercevoir..... non, n'aurait pas dû accepter sans examen le travail d'un jeune homme si intelligent et si laborieux qu'il paraisse ? J'ai félicité et je félicite Gottchaux de l'ensemble de son travail, du bloc. Mais je l'ai lu et relu, et me suis vite aperçu qu'il n'était

pas toujours remonté aux sources. Quand j'ai vu reproduite l'histoire de l'accident imaginaire attribué à Pinard par l'esprit inventif de M. Charpentier; quand j'ai vu Dante s'emparer des mots de Salomon et des vers latins d'Horace, ma confiance a été ébranlée.

Encore ici, je crois que M. Charpentier n'a pas lu. Car, comme moi, il fût devenu perplexe.

Voyant arriver Gottchaux recommandé par ses maîtres MM. Budin et Bonnaire, aidé par MM. Bouchacourt et Tissier et par deux traducteurs, primé par M. Tarnier, M. Charpentier a eu confiance.

Il m'est bien pénible d'être désagréable à un jeune confrère, mais on me jette sa thèse à la tête, je la ramasse et je lui signale les mauvais documents qui l'ont trompé mais ne devaient pas tromper un accoucheur vraiment instruit.

Du reste, il y a assez de choses bonnes et utiles, assez de travail dans son œuvre pour que les peccadilles que je vais relever ne comptent pas. Peccadilles pour lui, condamné par des mœurs trop répandues à l'érudition de seconde ou troisième main; graves péchés pour ceux, qui étant qualifiés pour reconnaître les erreurs et nous faire la leçon, les acceptent au contraire comme paroles d'oracle et prétendent avec elles nous imposer ou nous en imposer.

Ne relevons que ce qui a trait à notre litige.

Gottchalx (p. 68) : « Aitken consacra à la symphyséotomie une étude approfondie et alla même jusqu'à proposer une modification dans l'opération elle-même qu'il appelle *bipubiotomie* (1).

(P. 161) : « *Desgranges se trouva dans le même cas* (2) (que

(1) Aitken dit : « pelvitomia nova ». Comment eût-il pu nommer bipubiotomie sa bipelvitomie dans les trous ischio-pubiens ? En anatomie, les mots ont un sens.

(2) Il n'y a pas de « cas » de Desgranges mais, comme on le sait déjà, de simples réflexions.

Siebold) et *c'est dans le but de sectionner la symphyse ossifiée qu'Aitken imagina* une scie flexible qui porte le nom de Jeffrey et *un bistouri flexible* (**1**) *qui devait couper de la partie interne à l'externe.*

(P. 161): « *Champion de Bar-le-Duc émettait de nouveau, longtemps après, la proposition de Desgranges*, c'est-à-dire *sectionner de chaque côté du pubis dans le cas d'ankylose* (**2**).

« Comme on le voit, le *procédé de Stoltz avait été appliqué depuis longtemps* avant lui, mais *avec un insuccès tel* qu'il fut rapidement *abandonné* (**3**).

(P. 30): « En 1831, *Pitois*, dans une thèse présentée à Strasbourg, proposait la bipubiotomie, mais *le professeur Stoltz faisait savoir au jeune médecin que depuis plus de 6 ans, il indiquait dans ses cours et démontrait sur le cadavre le procédé qu'il croyait avoir découvert* (**4**).

(P. 158): « Dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1836, t. XI, p. 275, *M. Lacour* (**5**) fait connaître un procédé de symphyséotomie dû à M. Imbert de Lyon...

(P. 160): « En 1844 Lacour, dans une *thèse très intéressante sur les procédés opératoires, répétait le procédé d'Imbert et de Carbonai et faisait connaître qu'en 1786* un chirurgien d'Edimbourg nommé Aitken, etc. (**6**).

(**1**) Ce bistouri (c'est la chaîne affûtée) a été inventé, au contraire, pour couper la symphyse *non ossifiée*. La chaîne dentée ou affûtée avait pour but, dans l'esprit d'Aitken, de ménager les parties profondes.

(**2**) Pas du tout. Desgranges, après Siebold, dit : « Quand c'est ankylosé, il faut scier ». Champion (comme d'autres praticiens, Deschamps, etc., etc.) pense que pour ne pas avoir d'embarras, mieux vaut toujours employer la scie d'emblée, à côté de la jointure, *d'un seul côté*.

(**3**) Insuccès ? La femme sciée par Siebold (1778), la seule dont je connaisse l'histoire, travaillait aux champs à 63 ans, en 1804.

(**4**) Eh non ! C'est à Lacour, en 1844, que Stoltz a parlé ainsi pour le sciage juxta-symphysien sous-cutané.

A Pitois, en 1831, il a fait observer que la scie avait déjà été conseillée par Desgranges, et Pitois lui-même fit dans Velpeau et Aitken l'éducation incomplète que l'on sait (voir l'article de M. Varnier).

(**5**) Non, c'est signé : Péterquin (Pétrequin)

Cette phrase de Gottchaux rappelle singulièrement le style de Chailly-Honoré, 1867, p. 700.

(**6**) La thèse de Lacour ?

Elle roule sur la *provocation de l'accouchement prématuré*. Elle ne touche à notre sujet que par la note qui parle de Stoltz.

(P. 41): « Galbiati reprit l'ancienne proposition d'Aitken et pratiqua la pubiotomie.....

L'opération de Galbiati consistait dans la *section d'une ou des deux branches des ischions*, outre la section de la symphyse » (1).

Sont-ce là les fragments sérieux d'un historique véritable, fondé sur des documents authentiques dont puisse se contenter un redresseur de torts, un flétrisseur de plagiaires, une vestale de l'Histoire ?

M. Charpentier. — « Il n'est permis à aucun accou« cheur de l'ignorer. »

R. — Alors dans quelle position me mettez-vous et vous avec moi ? Vous avez fait contre nous une revendication prétendue historique, vous nous avez accusés d'avoir « dépossédé » M. Stoltz, vous avez parlé de telle sorte que dès le lendemain, les amis et les agences de renseignements nous avertissaient....

Moi qui suis sûr, absolument sûr que vous vous trompez comment voulez-vous que j'explique votre erreur, autrement que par l'aveuglement de la passion ou l'ignorance ?

L'aveuglement de la passion, ce serait une espèce de mauvaise foi. Si je voyais là votre mobile et si je le disais, ce serait un outrage non égal mais presque égal à celui que vous avez lancé contre nous, plagiaires ! Heureusement vous ignoriez l'histoire de cette question et la preuve que c'est permis et très permis, c'est que vous êtes encore en liberté sans avoir que je sache versé de caution.

Continuons :

---

(1) On passe ces inadvertances à un jeune homme dont le travail, je le répète, a d'autres mérites. Je n'en aurais rien dit si M. Charpentier n'avait prétendu s'en servir comme de parole d'oracle pour nous faire croire à son érudition à lui.

M. CHARPENTIER. — « Mais le manuel opératoire avait
« décrit *tout au long pour la première fois* par Stoltz da
« la thèse de Lacour en 1844. Voilà pourquoi j'ai récla
« pour Stoltz et je lui ai attribué le mérite de l'invention

R. — J'ai montré tout au long et trop au long ce q
valaient ce *tout au long* et cette *première fois* et ma
monstration illumine ce « Voilà pourquoi » étonnamme
logique.

M. CHARPENTIER. — « A cela, M. Pinard répond que
« Stoltz a proposé cette méthode opératoire, c'est « con
« les bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriqu
« dont les os iliaques ont conservé leur mobilité sur le sacru
« et par conséquent pouvant tous deux s'écarter après u
« section quelconque de l'arc antérieur du bassin » et que
« n'est pas la question actuelle. »

R. — C'est en effet ce qu'a répondu M. Pinard, mais sa
omettre Cattolica, Galbiati, Champion, Desgranges
encore moins Aitken, l'armée des prédécesseurs
M. Stoltz avec laquelle on va peu à peu se familiariser.

M. CHARPENTIER. — « M. Farabeuf, dit M. Pinard, s'
« proposé de rendre possible l'accouchement à terme da
« le bassin oblique ovalaire, ce *noli me tangere* des sy
« physéotomistes et des pelvitomistes.
« Il semblerait résulter de cette phrase que jusqu'à prése
« l'accouchement était impossible dans le bassin obliq
« ovalaire et qu'il le serait devenu seulement depuis l'op
« ration proposée par M. Farabeuf. »

R. — Comment, cette phrase peut être comprise ainsi
Alors, daignez vous reporter à la brochure, vous y verr
les bassins classés : *grands*, qui accouchent tout seul
petits, qui exigent la césarienne ou Porro, et *moyens*, l
seuls dont je me sois occupé.

A qui fera-t-on croire qu'on peut s'y méprendre quand
a lu :

« Que faire donc à ces autres bassins trop étroits pour la version, le f

ceps, le levier, même pour l'accouchement provoqué d'un enfant assez avancé pour être sûrement viable ? (1).

« Ce sont les bassins d'étroitesse moyenne, ceux que l'on ne pouvait traiter jadis que par l'accouchement trop prématuré qui m'occupent en ce moment » (1).

Toutes mes études ont été faites sur un « type de ces bassins obliques ovalaires trop petits pour le forceps et la version, assez grands pour ne pas imposer l'opération césarienne, c'est-à-dire justiciables de l'agrandissement momentané de la ceinture pelvienne par section (1) ».

« Je souhaitais qu'un accoucheur, en présence d'un bassin oblique ovalaire ankylosé, ayant *telles dimensions qui rendent l'ischio-pubiotomie indiquée et la symphyséotomie insuffisante*, question de mensurations et de calculs.... » (2).

J'indique les moyens d'échapper aux petites difficultés de l'ischio-pubiotomie.

« Quand on sera averti avant terme, il faudra, si l'on ne veut pas recourir qu'à la symphyséotomie, provoquer l'accouchement prématuré » (3).

M. Charpentier. — « Il n'en est rien et si le pronostic « de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire est extrê- « mement grave, il n'est pas fatalement mortel, comme en « témoignent les observations de Litzmann, de Simon Tho- « mas, etc. »

R. — On ne fera croire à personne qu'il soit permis de nous attribuer l'idée absurde qu'on nous prête.

Il est pourtant vrai que nous aurions pu en prendre le mauvais germe dans le livre même de M. Charpentier, en lisant justement ce qui a trait aux auteurs qu'il vient de citer. Il s'agit d'établir le pronostic du bassin oblique ovalaire (T. II, p. 233, 2e édition entièrement refondue, Paris, 1890).

Litzmann : 28 femmes (d'après Charp.)	22 morts apr. le	1er accouch[t],	dont 5 non acc.
	5	—	2e	—
	2	—	6e	—

(1) *Annales de gynécologie*, décembre 1892, p. 414.
(2) *Annales de gynécologie*, décembre 1892, p. 426.
(3) *Annales de gynécologie*, décembre 1892, p. 418.

Balance : 28 femmes = 29 mortes.

Toutes les femmes ne meurent pas après le 1er accouchement, mais tôt ou tard, comme vous voyez, il n'en réchappe guère et, à la fin du compte (29 morts sur 28), il faut beaucoup de perspicacité pour deviner avec l'enseignement de l'auteur que le pronostic « n'est pas fatalement mortel ».

On est un peu consolé en examinant le sort des enfants, mais bien peu : sur 41, il en est 10 seulement qui voient le jour 2 ont été extraits par la césarienne, ils ne pouvaient mourir et n'atténuent pas le pronostic du bassin oblique ovalaire ; 6 étaient de l'une des deux femmes qui ont résisté jusqu'au sixième accouchement, la même sans doute dont parle Lenoir et qui avait comme diamètre minimum 103 millim. (3 pouces 9 lignes 1/2) ; enfin, il en manque 2 dont M. Charpentier ne s'inquiète pas. Ne serait-ce pas 2 prématurés mourants, qui sont morts ?

Ainsi donc, il ne serait sorti d'enfants vivants et viables que du bassin d'une seule femme, et toutes les femmes sont mortes. Par conséquent, raisonnons à la Charpentier : l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire n'a pas grande importance.

Alors, pourquoi faire cadeau à M. Stoltz d'une vétille pareille ? c'est presque amoindrir sa réputation.

Nous avions, j'avais, moi, pour me préserver de cette idée que jamais bassin oblique ovalaire n'a pu donner d'enfant vivant, l'anecdote de Depaul. Le maître de M. Charpentier, ayant vu mourir une femme magnifique, récemment accouchée avec la plus grande facilité, livra le bassin en chair au préparateur pour en faire un modèle de bassin normal de musée. Bien étonné fut Depaul quand plus tard il reçut la pièce, un type du bassin oblique ovalaire ankylosé de Nægele.

J'étais donc heureusement garanti contre l'impression

première, contre la suggestion de l'ouvrage classique revu et refondu (2e édit.) de M. Charpentier.

M. Charpentier. — « Que dans le fait particulier de « M. Pinard, l'ischio-pubiotomie ait permis de sauver la « mère et l'enfant, je suis heureux de le constater ; que, « dans d'autres cas de bassin oblique ovalaire, la section « des os du bassin permette d'obtenir le même succès ; qu'il « y ait là, en un mot, un progrès réalisé, je l'accorde très « volontiers. »

R. — Un progrès ? Ce n'est donc déjà plus l'opération de Stoltz ? Il est donc vrai que si M. Stoltz a inventé la chose personne ne s'en était aperçu ? Les « minimes modifications » qu'il y avait à faire pour l'oblique ovalaire s'étaient donc trouvées indignes du génie des accoucheurs depuis 60 ans ?

Vous dites : volontiers ! ! Vous vous dites heureux !

Non, vous ne l'êtes pas heureux ; ni vous ni quelques autres, parce que c'est Pinard qui a opéré ; et votre intervention ressemble à cet hommage maladroit.... dont parle Lamotte Houdard. Voyez l'échelle des manifestations de votre bonheur :

Le lendemain de l'opération : « Ah, que c'est beau ! »

Le surlendemain : « L'application en sera toujours restreinte ».

La 2e semaine : « Il faudra prouver que c'était nécessaire. Quatre accouchements malheureux et cinq heures d'attente ne suffisaient pas ».

La 3e semaine : « Qui donc leur montrera qu'on peut se passer de leur invention et que la simple symphyséotomie vaut tout autant ? » (V. P. S. à ma brochure.)

La 4e semaine : « Qui est-ce qui l'a touchée cette femme ? Du temps d'Aitken on disait déjà que les bassins *sciés* seraient effondrés, pleins de calus, etc.

5e semaine, à l'Académie : le public dit : « Très bien, parfait, admirable ». Vous, vous ne dites rien.

6e semaine : encore à l'Académie, en l'absence de l'intéressé; votre conscience n'est plus sourde, votre érudition n'est plus muette. « C'est un plagiat.... »

Telles ont été les expressions variées du bonheur partagé des « excellents amis » de Pinard.

M. Charpentier. — « Mais en quoi cela constitue-t-il une « opération nouvelle ? »

R. — En ceci qu'au point de vue technique, le petit point de vue, on ne l'avait jamais ni faite, ni décrite, ni étudiée, ni conseillée, ni soupçonnée, puisqu on regardait comme impossible de demander à la grande méthode de la pelvitomie un remède au bassin oblique ovalaire.

M. Charpentier. — « C'est, si l'on veut, une application « nouvelle d'un procédé opératoire ancien, mais ce n'est pas « une opération nouvelle, et voilà ce que j'ai tenu à démon- « trer. »

R. — Je crois bien que vous y avez tenu! Rien ne vous a arrêté dans votre tentative excepté quelques petites observations que les inculpés osent prendre la permission de vous présenter.

Vous ne niez pas que l'application ne soit nouvelle. Cette concession suffirait à de moins exigeants que moi; mais vous ajoutez d'un procédé ancien. Si vous disiez *application nouvelle* et *création* d'un procédé rentrant dans la méthode de Sigault et d'Aitken, vous seriez dans le vrai.

Car il y a eu *création d'un procédé*, c'est-à-dire :

1° Étude comparative de toutes les pelvitomies possibles appliquées au bassin oblique ovalaire;

2° Démonstration de la supériorité de la section du côté ankylosé rétréci;

3° Détermination du point où il est le plus avantageux et le plus facile de scier ce côté ;

4° Technique opératoire ;

5° Nécessité de diviser telles parties fibreuses, de placer la cuisse dans telle attitude et de provoquer d'avance l'écartement utile.

Vous tous qui avez lu mon travail, est-ce vrai ?

M. Charpentier. — « M. Pinard invoque deux lettres, « l'une de M. Herrgott, l'autre de M. Stoltz.

« Or, que prouvent ces deux lettres ?

« 1° Que M. Stoltz a proposé, dès 1838, de faire la pubio- « tomie au lieu de la symphyséotomie ;

« 2° Qu'il a employé pour la section de l'os, la scie à chaî- « nette ;

« 3° Que M. Stoltz a démontré tous les ans, à diverses occa- « sions, la manière de procéder, mais qu'il n'a jamais pratiqué « cette opération que sur le cadavre et non sur le vivant.

« C'est ce que j'ai dit et pas autre chose. »

R. — Pardon, votre mémoire est courte.

« Manuel opératoire décrit tout au long », « pour la première fois », vous ne vous en souvenez plus, de ces mots-là ?

Et *in cauda* n'avez-vous pas dit qu'il fallait appeler « opération de Stoltz » ce qu'avait fait Pinard ; qu'autrement ce serait « déposséder » le doyen de l'obstétrique française, etc., etc.

Vous aviez été très bien compris par le journal le *Temps*, par nos amis, par les agences. ... Pas d'équivoque possible sur vos intentions.

M. Charpentier. — « Je maintiens donc mon affirma- « tion. »

R. — « C'est ce maintien obstiné, injurieux pour nous, qui « m'a donné le courage, à moi souffrant et malheureux, de « montrer à tous pour la sécurité à venir de tous, ce que

« valent votre savoir et votre jugement, votre érudition et « votre impartialité. »

M. Charpentier. — « L'opération pratiquée par « M. Pinard, sur les conseils de M. Farabeuf n'est pas une « opération nouvelle. »

« Conseillée par M. Stoltz et autres contre les bassins « rachitiques, elle a été appliquée par MM. Farabeuf et « Pinard au bassin oblique ovalaire.

« Il y a là une indication nouvelle mais non une opération « nouvelle. »

R. — Ce qui a été conseillé par M. Stoltz, c'est, dans les bassins ordinaires, le remplacement de la symphyséotomie par la pubiotomie sous-cutanée avec la scie à chaînette. Jamais n'a été conseillée par M. Stoltz l'*ischio-pubiotomie unilatérale* distante, de l'oblique ovalaire, établie, calculée, comparée, décrite et figurée par moi.

A qui croyiez-vous donc parler ?

Tout compte fait, à votre point de vue malveillant, vous aviez peut-être raison de lancer avec audace, votre prétendue revendication, votre perfide accusation, quoi qu'il ne doive pas toujours en rester quelque chose. Vous pouviez nous stupéfier, nous couper la parole et bénéficiant d'un silencieux dédain, dormir tranquille avec les apparences de la victoire. Maintenant que vous avez échoué, que vous commencez à épeler l'A, B, C, D de la question, vous devez regretter ce que vous avez fait : ça n'est pas beau et ça n'a pas réussi. On me dit que vous ne regretterez rien. Pour l'honneur du Corps obstétrical, je ne peux pas le croire.

L.-H. F.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

Séance du 10 janvier

De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf

M. PINARD. — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une femme sur laquelle j'ai été amené à pratiquer une opération nouvelle, je veux dire une *ischio-pubiotomie*.

Voici tout d'abord le résumé de l'histoire de cette opérée :

Femme Trémoulet, née à la Rochelle, âgée de trente deux ans, dont les antécédents héréditaires sont sans intérêt. Comme antécédents personnels, je dois noter que, née à terme et nourrie au sein, elle commença à marcher à dix-huit mois, mais elle fut à ce moment obligée de rester au lit pendant dix mois, c'est-à-dire jusqu'à vingt-huit mois, pour une affection qu'il est impossible de diagnostiquer rétrospectivement. Ensuite la marche redevint possible, mais l'état général resta débile jusqu'à l'âge de quatorze ans. Voici maintenant ses antécédents obstétricaux.

En 1886-87, première grossesse exempte d'accidents; arrivée au terme de sa grossesse cette femme se fit recevoir à la Maternité de l'hôpital Cochin où elle entra en travail le 1er mai 1887. Voici les renseignements qui m'ont été donnés par mon collègue M. Bouilly sur l'accouchement de cette femme : premières douleurs, deux heures du matin le 1er mai ; rupture spontanée des membranes à sept heures du soir. Présentation du sommet en O. I. D. A. Procidence du cordon. Application de forceps infructueuse. Version par manœuvres internes. Basiotripsie tête dernière. L'enfant était un garçon pesant 4,120.

En 1887-88, deuxième grossesse, grossesse normale. Un peu à cause de sa santé parfaite, beaucoup à cause de la crainte que lui inspirait un examen médical, cette femme attendit jusqu'au huitième mois et vint à la Maternité de Lariboisière que je dirigeais alors, le 28 mai 1888. M'appuyant tout d'abord sur certaines particularités extérieures du corps, je portai le diagnostic de bassin oblique ovalaire et le lendemain, pour confirmer mon diagnostic, je pratiquai le toucher manuel pendant l'anesthésie et je reconnus que le côté droit du bassin était aplati et que selon toute probabilité, il y avait synostose ou

(1) Reproduction intégrale du *Bulletin de l'Académie*.

ankylose de l'articulation sacro-iliaque du côté droit. Ayant trouvé le promontoire accessible, je résolus de provoquer l'accouchement. Le 31 mai, sous le chloroforme, je commençai par transformer la présentation de la tête en présentation du siège, car l'occiput était primitivement en rapport avec le côté étroit et je pratiquai la version par manœuvres externes de façon à ramener le siège en bas et le dos à gauche pour permettre à la tête de se mettre pendant le dégagement en rapport avec le côté large. Le siège étant ainsi fixé, je provoquai l'accouchement. A sept heures du soir, la dilatation étant complète depuis deux heures, je procédai à l'extraction. Le tronc fut assez facilement dégagé, mais je fus obligé de me faire aider pour extraire la tête.

Avec le concours de M. Varnier, qui était mon interne, nous eûmes recours à la manœuvre de Champetier de Ribes et pûmes alors extraire la tête.

L'enfant naquit étonné, mais ne tarda pas à crier. Cet enfant mourut à cinq mois.

En 1889-90, troisième grossesse, qui se termina à Tulle le 25 mai 1890 et qui présenta les particularités suivantes, au dire de la femme Trémoulet. Une sage-femme rompit les membranes. Un premier médecin fit cinq applications du forceps. Un deuxième en fit une sixième, aussi infructueuse que les autres. Il pratiqua alors la version et dégagea le tronc, mais la tête ne s'engagea pas malgré des tractions très énergiques. La crâniotomie, tentée, ne réussit pas. Une septième application de forceps échoua également. C'est alors que le tronc ayant été enveloppé dans une serviette fut confié au beau-frère qui appuyant un pied sur le lit, exerça des tractions aussi énergiques qu'il pouvait le faire pendant qu'un médecin tirait sur le maxillaire inférieur et qu'un charretier pressait sur le ventre de la mère de droite à gauche et de haut en bas. Cette trinité synergique triompha enfin de l'obstacle et la tête fut extraite.

En 1891, quatrième grossesse, terminée à la clinique Baudelocque, le 24 septembre : accouchement provoqué, deux applications de forceps. Procidence du cordon. Enfant mort.

En 1892, cinquième grossesse. Cette femme, ayant eu ses dernières règles du 15 au 20 janvier, vint à la Clinique Baudelocque, le 29 septembre, en me disant que, cette fois, « elle voulait à tout prix un enfant vivant ».

Enthousiasmé par les résultats qui me sont fournis par la symphyséotomie, je songeai tout d'abord à pratiquer chez elle cette opération. Mais la réflexion ne tarda pas à me démontrer que, si le diagnostic que j'avais porté en 1888 était exact, c'est-à-dire s'il y avait ankylose de l'articulation sacro-iliaque droite, les bénéfices fournis par la symphyséotomie, seraient probablement insuffisants. J'examinai à nouveau cette femme avec le plus grand soin, j'essayai d'évaluer autant que possible avec précision, l'éten

lue des différents diamètres de ce bassin. Et mes examens multiples ne firent que confirmer mon premier diagnostic.

Je me trouvais bien en présence d'un bassin oblique ovalaire ankylosé du côté droit et offrant un diamètre promonto-pubien minimum de 8.5 environ. Je savais par ce qui s'était passé antérieurement que ce bassin n'avait jamais laissé passer vivant un enfant à terme. Que devais-je faire? Trois moyens connus étaient à ma disposition. Provoquer l'accouchement, pratiquer l'opération césarienne ou sectionner la symphyse.

Déjà chez cette femme, deux fois l'accouchement avait été provoqué. Un seul enfant fut extrait vivant après des opérations multiples (version pelvienne par manœuvres externes. Extraction par les pieds. Manœuvre de Champetier de Ribes). Je me rappelais les dangers courus par cet enfant et les difficultés éprouvées pour l'extraire. Un pareil résultat pouvait encore être obtenu mais il était loin d'être certain. Aussi j'avais la conviction que, si je provoquais l'accouchement, je tenterais la chance, mais ne ferais pas autre chose.

On pouvait penser à pratiquer l'opération césarienne. C'est même le moyen qui me fut conseille par le professeur de Krassowsky. Notre éminent collègue étant venu à la clinique Baudelocque pour me voir pratiquer une symphyséotomie, je le priai d'examiner cette femme. Je tenais d'autant plus à avoir son avis que, comme on le sait, le professeur de Krassowsky s'est particulièrement occupé du bassin oblique ovalaire. Et il me répondit : il faut faire l'opération césarienne ou la symphyséotomie.

Mais, en pratiquant l'opération césarienne, si j'étais à peu près certain de sauver l'enfant, je faisais courir des risques à la vie de la mère, et moi, je ne le voulais à aucun prix.

Restait la symphyséotomie, pouvant être pratiquée, soit à terme, soit comme complément de l'accouchement provoqué.

Ainsi que je l'ai déjà dit, étant données les dimensions du bassin, la symphyséotomie pratiquée à terme ne pouvait me donner un agrandissement suffisant pour laisser passer la tête, un seul côté du bassin pouvant s'ouvrir après la section de la symphyse. Pratiquer la symphyséotomie après avoir provoqué l'accouchement me donnait la certitude d'un agrandissement suffisant, mais chacun sait combien, surtout dans les bassins asymétriques, les procidences sont à craindre. Et je redoutais la reproduction de la

procidence du cordon, qui avait été cause de la mort de l'enfant lors du deuxième accouchement provoqué chez cette femme.

En somme, je n'avais aucun moyen me permettant de n'exposer ni la vie de la mère ni celle de l'enfant.

C'est alors que je demandai à mon maître et ami le professeur Farabeuf de rechercher s'il était possible de faire quelque chose pour sortir de cette impasse angoissante. Et le 25 octobre, il m'écrivait : « Depuis aujourd'hui quatre semaines, je suis dans le bassin, mesurant, calculant, traçant, supposant toujours que je m'étais trompé. Mon dernier calcul me redit une fois de plus la même chose, à savoir que si le bassin de votre femme de Baudelocque mesure seulement 80 millimètres de promonto-pubien (je lui avais dit 85), l'ischio-pubiotomie laissera passer une tête plus grosse que nature ; j'espère donc que si vous libérez bien les os, l'enfant vous tombera dans les mains ». Et il me donnait, avec sa précision ordinaire bien connue, tous les détails du manuel opératoire de l'ischio-pubiotomie.

Sachant qu'en pratiquant cette opération je ne lésais aucun organe maternel important, ayant une confiance absolue dans les calculs et les résultats obtenus par M. Farabeuf, m'étant familiarisé sur le cadavre avec l'ischio-pubiotomie, je résolus d'attendre chez la femme Trémoulet le travail spontané et à terme et de pratiquer cette opération.

Les premières douleurs apparurent le 8 novembre, à trois heures de l'après-midi ; le 9 novembre à cinq heures du matin, je commençais l'opération, et après avoir scié successivement la branche ischio-pubienne et la branche horizontale du pubis du côté ankylosé et à 5 centimètres de la ligne médiane, j'appliquais le forceps de M. Tarnier au-dessus du détroit supérieur, et sans tirer, pour ainsi dire, j'amenais un enfant vivant pesant près de 4 kilogrammes (3,970 grammes).

L'opération fut relativement facile et je n'eus de difficulté que pour passer la scie à chaîne destinée à couper la branche horizontale du pubis. Avec une aiguille convenable, cette difficulté disparaîtra.

Il s'écoula si peu de sang, que je n'appliquai aucune pince hémostatique. Je ne décrirai pas ici le manuel opératoire en détail, car cela a été fait dans un mémoire intitulé *Ischio-pubiotomie* et que j'offre à l'Académie de la part de l'auteur, le professeur Farabeuf

L'écartement spontané aussitôt après la section de la branche ischio-pubienne, et de la branche horizontale du pubis, fut de 2 c. 6, et fut porté à 4 centimètres au moins pendant l'extraction.

Après la délivrance, je n'eus pas à faire de suture osseuse comme j'étais disposé à le faire si les os n'étaient pas réunis. Mais je trouvai les surfaces de section tellement en contact, que je me contentai de pratiquer la suture des parties molles et de placer la femme dans le lit où je place les symphyséotomisées. Les suites furent très simples, et il ne se produisit comme complication qu'une escarre au niveau de la région sacrée, escarre due au décubitus dorsal prolongé. Le 17 novembre, les fils furent enlevés : la plaie était réunie par première intention. Le 20, la femme Trémoulet peut s'asseoir dans son lit sans éprouver de douleur. Le 19 décembre elle se leva pendant deux heures, et aujourd'hui elle se tient debout et marche sans difficulté, comme vous pouvez le constater.

Quant à l'enfant, il pèse aujourd'hui près de 11 livres.

En terminant cette communication, j'ajouterai qu'il me paraît de toute justice de remplacer le titre peu euphonique d'ischio-pubiotomie par celui d'opération de Farabeuf.

Séance du 17 janvier.

OBSERVATIONS A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

Sur l'ischio-pubiotomie.

M. CHARPENTIER. — Dans la dernière séance, M. Pinard a présenté à l'Académie une malade chez laquelle il a, dit-il, pratiqué une opération nouvelle : l'ischio-pubiotomie. Or, en 1844, M. le Dr Lacour, dans sa thèse intitulée : *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré*, parlant incidemment de l'opération césarienne et de la symphyséotomie, s'exprimait ainsi :

« M. Stoltz pense que le dernier mot n'est pas dit sur la *symphyséotomie*, et qu'on condamne trop généralement cette opération, qu'il appelle *pubiotomie*. Il décrit depuis plus de six ans, et démontre sur le cadavre, un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles. Ce procédé consiste à diviser un des pubis *près de la symphyse*, au moyen de la scie à chaîne, sans faire

d'incision à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préalablement rasé) au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis en rasant l'os, et on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie, on adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté, presqu'à volonté, ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement. »

Entre ce procédé et celui que M. Pinard a appliqué si heureusement à la malade, je ne vois que deux différences : la première, c'est que tandis que Stoltz employait la méthode sous-cutanée pour passer son aiguille et sa chaîne, M. Pinard fend tous les tissus au devant du pubis, ce qui peut faciliter le passage de la scie à chaîne, mais exige la suture consécutive de ces tissus.

La seconde, c'est que au lieu de sectionner les os *près de la symphyse*, il les sectionne, sur le conseil de M. Farabeuf, à 5 *centimètres de cette symphyse*.

Ces différences sont-elles suffisantes pour déposséder le doyen de l'obstétrique française du mérite de son invention ? Je ne le pense pas, et je crois que, si au nom de Pubiotomie employé par Stoltz, on veut en substituer un autre, il faut en toute justice appeler cette opération, non pas comme vous l'a proposé M. Pinard, l'opération de Farabeuf, mais bien l'opération de Stoltz ; le procédé de M. Farabeuf n'étant en réalité qu'une modification de la méthode employée par le premier de ces auteurs.

Séance du 31 janvier.

OBSERVATIONS A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

De l'ischio-pubiotomie.

M. PINARD. — Retenu à la Faculté le mardi 17 janvier, je n'ai pas assisté au commencement de la séance de l'Académie, et par conséquent, je n'ai pu faire immédiatement justice de la réclamation de M. Charpentier.

Je n'en ai eu connaissance que le lendemain par les journaux et, dans ses termes officiels, quelques jours après par la lecture du *Bulletin de l'Académie.*

Vous savez la circonstance douloureuse qui m'a empêché de prendre la parole le mardi dernier.

Je me félicite de ce retard, qui m'a permis de ne pas vous rendre témoins de la vivacité des sentiments que j'ai éprouvés en apprenant que j'étais accusé d'avoir « dépossédé » ou que « j'avais dépossédé » quelqu'un du mérite de son invention et — circonstance aggravante — que ce quelqu'un était le vénérable doyen de l'obstétrique française, M. Stoltz.

Je viens répondre aujourd'hui avec le calme et la dignité dont on ne doit jamais se départir dans cette Compagnie. Pourtant, Messieurs, en agissant comme on l'a fait, on m'a placé sur un terrain délicat : ne pouvant avoir tout à fait oublié certains faits antérieurs que vous connaissez bien, je devrais être porté à penser que cette réclamation n'était qu'une nouvelle accusation. Mais aujourd'hui, appuyé sur la réflexion, je veux croire que seul l'amour de la vérité historique a poussé M. Charpentier à réclamer en faveur du vénérable maître que je respecte autant que qui que ce soit.

Aussi vais-je me borner à prouver à l'Académie que l'opération que j'ai pratiquée chez la femme Trémoulet est bien une opération nouvelle, dont la conception et la possibilité de réalisation appartiennent entièrement à M. Farabeuf, et qu'en lui donnant son nom, j'ai fait acte de justice et n'ai pu déposséder personne.

Examinons donc, d'une part, ce qu'on peut attribuer à M. Stoltz ou aux autres pubiotomistes, et d'autre part, ce qu'a fait M. Farabeuf.

Les premiers, qu'ils s'appellent Aitken, l'homme même de la

scie à chaîne au siècle dernier, Desgranges, Champion, Galbiati, Cattolica, Stoltz, etc., ne se sont occupés que des bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriques, dont les os iliaques ont conservé leur mobilité sur le sacrum et par conséquent peuvent tous deux s'écarter après section quelconque de l'arc antérieur du bassin. M. Stoltz, pour ce qui le regarde, dans le double dessein d'échapper aux embarras d'une symphyse pubienne difficile et d'obtenir une consolidation plus sûre, a proposé, simplement proposé, de scier l'un des pubis à côté de la jointure au moyen d'une scie à chaîne introduite à l'aide d'une aiguille qui passe à travers une boutonnière pratiquée au niveau de la crête du pubis et qui de là va sortir à côté du clitoris. Voilà ce qu'a proposé M. Stoltz comme modification à la symphyséotomie ordinaire, et je pense que, sur ce point, nous sommes tous d'accord, car c'est là un fait que n'ignore aucun accoucheur.

D'autres l'avaient fait avant lui. D'autres avaient prétendu même scier la ceinture pelvienne de chaque côté pour compléter l'écartement insuffisant et parer au diastasis redouté des deux articulations sacro-iliaques, dans des bassins extrêmement étroits, voués à l'opération césarienne, mais toujours du type commun, sans ankylose postérieure.

A vrai dire, tous les modes de section imaginables ont été imaginés et sont dans la science depuis un siècle, mais pour cette seule catégorie de bassins, symétriques et mobiles dans leurs articulations postérieures.

Là n'est donc pas la question actuelle.

Et si vous n'avez pas voulu choisir un nom psychologique, vous auriez dû nous opposer un pelviotomiste quelconque, plutôt que Stoltz, Galbiati par exemple.

Je ne vais pas vous apprendre que son opération diffère complètement de la nôtre; mais enfin il a scié le bassin, il l'a même scié de chaque côté, avec la symphyséotomie en plus, un vrai débridement multiple !

Écoutez parler Desormeaux et Paul Dubois, en 1841, dans leur article *Symphyséotomie* du *Dictionnaire* en 30 volumes (tome XXIX, p. 119) :

« L'une des plus graves objections qu'on puisse faire à la symphyséotomie est la difficulté, sinon l'impossibilité d'obtenir un écartement un peu considérable des pubis sans lésion des symphyses sacro-iliaques. La crainte, bien

légitime, de léser ces articulations a fait naître la pensée de substituer à la symphyséotomie proprement dite une opération qui n'est malheureusement pas toujours restée à l'état de simple projet. Cette opération, dont la première idée remonte à Aitken, que Cattolica, de Naples, a cherché à faire revivre, que Galbiati et H. Nunziante ont exécutée sur le vivant, et qu'on désigne sous le nom de *pelviotomie*, consiste dans la section des pubis à droite et à gauche de la symphyse, et comprend deux procédés. Aitken voulait qu'on sciât les pubis en dedans des trous sous-pubiens, et il a fait figurer pour cet usage une scie presque en tout semblable à la scie à chaîne de Jeffrey. Galbiati, au rapport de Busch (*Handb. d. Geburtsh. in alphab. Ordn.*, t. IV, p. 309), porte ses incisions plus en dehors dans le voisinage des cavités cotyloïdes ; il scie la branche horizontale des pubis et la branche ascendante de l'ischion. Dans l'opération exécutée sur la femme vivante par ce chirurgien, la pelviotomie fut d'abord faite d'un côté seulement, puis on fit la symphyséotomie proprement dite. Ce ne fut qu'au bout de vingt-quatre heures qu'on scia les os de l'autre côté. Dans l'opération de Nunziante, pratiquée à l'hospice des Incurables, à Naples, en 1841, il ne paraît pas que la symphyséotomie ait été faite : les os seuls furent divisés successivement à droite et à gauche. Galbiati et Nunziante ne furent pas plus heureux l'un que l'autre : les deux mères et les deux enfants perdirent la vie. C'est un résultat qui pouvait être, au moins en ce qui concerne les femmes, facilement prévu. En voulant éviter un danger réel, la disjonction des symphyses postérieures, —

Constatez, Messieurs, que ce but est tout différent de celui que nous avons visé et atteint, —

on a singulièrement ajouté aux chances défavorables de l'opération par une double section des parties molles à une profondeur plus considérable que celle nécessaire pour atteindre la symphyse. On doit s'étonner assurément qu'une opération réprouvée par les hommes les plus éminents dans la science et qu'un premier insuccès devait faire rejeter à jamais, ait été une seconde fois pratiquée. Espérons que de semblables essais ne se renouvelleront plus. »

C'était donc pour remplacer la symphyséotomie et ménager les articulations postérieures que ces pelviotomies étaient proposées et pratiquées, et c'est à ce point de vue qu'on les condamne dans cet article. Cela ne nous regarde pas ; pas plus que les traits de scie que donne de chaque côté du pénil, l'interne qui, dans une autopsie, veut garder adhérents à l'arc pelvien antérieur les organes génito-urinaires : il fait pourtant une double ischio-pubiotomie !

Qu'a fait M. Farabeuf ?

Il s'est proposé de rendre possible l'accouchement à terme dans le bassin oblique ovalaire. Le terrain est tout à fait différent. Le bassin oblique ovalaire est asymétrique ; l'un des os iliaques est ankylosé avec le sacrum ; tout le côté correspondant est déformé, rétréci, immuable. Ce bassin resté jusqu'ici, entendez-le bien, Messieurs, le *noli me tangere* des symphyséotomistes et des pelvitomistes, avait été de parti pris respecté par le couteau et par la scie, en raison même de sa conformation. Il n'est connu que depuis cinquante ans, grâce aux travaux de Nægele.

Il suffit de lire le titre du travail que j'ai eu l'honneur d'offrir à l'Académie au nom de M. Farabeuf pour savoir ce qu'il avait à faire et ce qu'il a fait. Jusqu'à présent, ainsi que je l'ai dit le 10 janvier, les accoucheurs ayant à lutter contre le bassin oblique ovalaire n'avaient à leur disposition que le forceps, la version, l'accouchement prématuré, l'opération césarienne et l'embryotomie.

M. Farabeuf a cherché le moyen de faire traverser cette filière pelvienne, rétrécie, ce bassin asymétrique réduit à un seul côté, par un enfant à terme sans faire courir aucun risque ni à la mère ni à l'enfant.

Pour cela, suivant sa méthode qui me permet de connaître d'avance le résultat que me donnera telle ou telle de mes symphyséotomies, il a donc commencé par étudier et établir l'étendue des surfaces nécessaires à l'engagement de la tête. Ensuite il rechercha comment dans ce bassin ankylosé, il pourrait obtenir l'agrandissement nécessaire. Il reconnut et démontra que la symphyséotomie et que la pubiotomie, l'opération qui, but à part, serait comparable à celle de Stoltz, ne donnerait pas et ne pouvait donner l'agrandissement nécessaire. Et après avoir mesuré, calculé, il conclut que la section du côté ankylosé et rétréci, faite à une distance donnée, à 5 centimètres de la ligne médiane, donnerait *seule* l'agrandissement suffisant. Après avoir établi ce fait par des mesures et des calculs, il étudia de quelle façon cette section pouvait et devait être pratiquée pour ne léser aucun organe important. Et il précisa tous les détails du manuel opératoire qu'on trouve dans son travail.

Voilà ce qu'a fait M. Farabeuf.

Et vous avez pu juger, le 10 janvier, de l'exactitude de ses calculs et de la sûreté de son procédé opératoire.

Pour cette étude, M. Farabeuf a-t-il trouvé dans la littérature obstétricale, une ligne, un mot pour l'inspirer ?

Jamais personne n'avait touché sciemment à un bassin oblique ovalaire. Personne n'avait indiqué les recherches à faire, les voies à suivre, les expériences à entreprendre. Avant lui aucune étude, aucune idée sur ce point, rien, absolument rien.

Encore une fois, Messieurs, M. Farabeuf examine le bassin oblique ovalaire, le mesure, calcule, expérimente et conclut que là en le coupant, *mais là seulement*, en ce point précis, on obtiendra ce qu'on recherche, on atteindra le but.

Qui avait jamais songé à cela avant lui ? Personne.

J'irai même plus loin, — puisqu'on me force à ne pas être modeste pour mon collaborateur, — pour sectionner le bassin, fût-ce en un point quelconque, et dans un cas quelconque, y avait-il seulement un procédé décrit suffisamment pour guider l'opérateur et par conséquent pour inspirer le technicien ? Non.

M. Farabeuf a appris de nos prédécesseurs en faveur desquels on voudrait revendiquer la priorité, qu'il y a deux manières de sectionner le pelvis : avec le bistouri, symphyséotomie ; avec la scie, ostéotomie appelée, suivant la région, pubiotomie, iliotomie, ischiotomie, mais c'est tout.

M. Farabeuf n'a inventé ni le bistouri, ni la scie, c'est certain, mais il a inventé tout le reste, absolument tout.

Je dis donc et j'affirme, ou plutôt je constate, en homme qui depuis dix-huit mois vis dans ces questions, que *l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie*, est une conception dont j'ai fourni l'occasion à M. Farabeuf mais qui lui appartient en propre, entièrement et exclusivement. En donnant son nom à cette opération, j'ai fait simplement acte de justice et je n'ai pu déposséder personne.

Pour clore cet incident, je ne puis mieux faire que de donner lecture à l'Académie de la lettre spontanée, — elle a été écrite au reçu des journaux, — que m'a adressée notre éminent collègue M. F.-J. Herrgott, qui a été l'élève et le collaborateur du doyen de l'obstétrique française, M. Stoltz.

Nancy, 20 janvier 1893.

« Mon cher collègue et ami,

« Je suis et serai toujours prêt à affirmer ce que je crois vrai.

« Dans mes souvenirs, la *pubiotomie* avec une scie à chaîne a été proposée par mon vénéré maître M. Stoltz pour sectionner le *corps* du pubis, quand la symphyse serait trouvée *ossifiée* et ne pourrait être coupée par le bistouri. L'ossification de la symphyse est *très rare;* on a été jusqu'à la nier, mais j'ai vu entre les mains de M. Stoltz une symphyse garnie d'un véritable manchon osseux. La chose est très rare, cela est vrai, mais non pas impossible. La scie à chaîne se trouverait donc très bien placée dans l'appareil opératoire pour sectionner ce manchon si on le trouvait sur son chemin.

« Je vous serre la main bien affectueusement.

« Bien à vous.

Signé : « HERRGOTT. »

« J'ajouterai que M. Stoltz n'a jamais pratiqué de pubiotomie ni de symphyséotomie sur le vivant, mais pour plus de sûreté je lui écris par le même courrier et vous ferai parvenir sa réponse lorsque je l'aurai reçue. En tout cas, je vous autorise à communiquer ces renseignements à l'Académie, si vous le jugez utile. »

Voici maintenant la lettre que M. Stoltz a bien voulu écrire à ce sujet à M. Herrgott, et que celui-ci s'est empressé de me transmettre ;

Andlau, 23 janvier 1893.

« MON CHER AMI,

« Vous me demandez ce qui en est de la proposition que je dois avoir faite de pratiquer la *pubiotomie* au lieu de la *symphyséotomie.* Ma proposition a été faite, il y a près d'un demi-siècle non pas, comme vous croyez, seulement en cas d'ossification de la symphyse pubienne, mais en remplacement de la symphyséotomie

« J'ai proposé de faire la *pubiotomie* par la méthode sous cutanée, au *moyen de la scie à chaînette.*

« Déjà en 1831, alors que je n'étais encore qu'agrégé, mais déj chargé du cours de M. Flamant, un de mes élèves, *Pitois,* à l suite d'une leçon sur la symphyséotomie, a choisi pour sujet d thèse la *Bipubiotomie*, dont j'avais cité quelques exemples, pri en Italie.

« Je vous conseille de lire ce travail original dont j'ai aussi ét un des examinateurs.

« Pour apprendre à quelle époque j'ai proposé la *pubiotomie* et démontré le mode opératoire, il faut consulter la thèse de *Lacour*, de Lyon, thèse de Paris, 1844 : *Recherches historiques et pratiques sur l'accouchement prématuré artificiel.* Ouvrez-là à la page 83 et lisez la note à la fin de la page et la suite de cette note à la page suivante.

« Je n'ai cependant aucune envie de revendiquer quoi que ce soit. Mais puisque vous m'avez demandé des éclaircissements sur la question pour les transmettre à vos amis de Paris, la vérité est : 1° que je me suis occupé, il y a plus d'un demi-siècle, de la bipubiotomie, que des accoucheurs italiens avaient préconisée, et pratiquée à cette époque, et 2° que peu de temps après j'ai proposé de remplacer la symphyséotomie par la *pubiotomie*, faite par la méthode sous-cutanée, et que j'ai employé pour la section de l'os, la *scie à chainette.*

« J'ai démontré presque tous les ans, à différentes occasions, la manière de procéder, mais je ne l'ai jamais pratiquée sur le vivant. Faites de cela l'usage que vous voudrez, et croyez-moi toujours, etc. »

Signé : « Stoltz. »

M. Charpentier : Quoi qu'en dise M. Pinard, l'opération qu'il a pratiquée heureusement chez sa malade, n'est pas une opération nouvelle.

Lorsque j'ai déclaré qu'il fallait donner à cette opération le nom de Stoltz et non celui de Farabeuf, je savais parfaitement que M. Stoltz n'avait pas inventé la pubiotomie.

Bouchacourt, dans son article « Pubiotomie » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous avait déjà donné un historique détaillé de la question. Herrgott vient d'y revenir longuement dans son dernier et magnifique ouvrage. Gottchaux, dans sa Thèse de 1892, l'a donné dans tous ses détails. Il n'est permis à aucun accoucheur de l'ignorer. Mais le manuel opératoire avait été décrit tout au long pour la première fois par Stoltz dans la thèse de Lacour, en 1844. Voilà pourquoi j'ai réclamé pour Stoltz et je lui ai attribué le mérite de l'invention.

A cela, M. Pinard répond que si Stoltz a proposé cette méthode opératoire, c'est « contre les bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriques, dont les os iliaques ont conservé leur mobilité

sur le sacrum, et par conséquent pouvant tous deux s'écarter après une section quelconque de l'arc antérieur du bassin », et que là n'est pas la question actuelle.

M. Farabeuf, dit M. Pinard, « s'est proposé de rendre possible l'accouchement à terme dans le bassin oblique ovalaire, ce *noli me tangere* des symphyséotomistes et des pelvitomistes ».

Il semblerait résulter de cette phrase, que jusqu'à présent l'accouchement était impossible dans le bassin oblique ovalaire, et qu'il le serait devenu seulement depuis l'opération proposée par M. Farabeuf.

Il n'en est rien, et si le pronostic de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire est extrêmement grave, il n'est pas fatalement mortel, comme en témoignent les observations de Litzmann, de Simon Thomas, etc.

Que, dans le fait particulier de M. Pinard, l'ischio-pubiotomie ait permis de sauver la mère et l'enfant, je suis heureux de le constater ; que, dans d'autres cas de bassin oblique ovalaire, la section des os du bassin permette d'obtenir le même succès ; qu'il y ait là, en un mot, un progrès réalisé, je l'accorde très volontiers. Mais en quoi cela constitue-t-il une opération nouvelle ? C'est, si l'on veut, une application nouvelle d'un procédé opératoire ancien, mais ce n'est pas une opération nouvelle, et voilà ce que j'ai tenu à démontrer.

M. Pinard invoque deux lettres, l'une de M. Herrgott, l'autre de M. Stoltz.

Or, que prouvent ces deux lettres ?

1° Que M. Stoltz a proposé, dès 1838, de faire la pubiotomie au lieu de la symphyséotomie ;

2° Qu'il a employé pour la section de l'os la scie à chaînette ;

3° Que M. Stoltz a démontré tous les ans à diverses occasions la manière de procéder, mais qu'il n'a jamais pratiqué cette opération que sur le cadavre et non sur le vivant.

C'est ce que j'ai dit, et pas autre chose.

Je maintiens donc mon affirmation.

L'opération pratiquée par M. Pinard, sur les conseils de M. Farabeuf, n'est pas une opération nouvelle.

Conseillée par M. Stoltz et autres contre les bassins rachitiques, elle a été appliquée par MM. Farabeuf et Pinard au bassin oblique ovalaire.

Il y a là indication nouvelle, mais non opération nouvelle.

CORRESPONDANCE

A M. LABUSQUIÈRE, *secrétaire de la Rédaction des Annales de Gynécologie.*

MON CHER CONFRÈRE,

Le mardi 7 février, au moment où j'entrais à l'Académie, on m'a remis la lettre suivante :

FACULTÉ DE MÉDECINE

—

LABORATOIRE
DU PROFESSEUR D'ANATOMIE

Paris, le 7 février 1893.

MONSIEUR,

Dans votre dernière insertion au Bulletin de l'Académie, insertion qui est un développement hors séance, vous citez des noms d'auteurs, et visez des textes.

Je viens d'écrire à M. le Président, pour lui demander l'*insertion au Bulletin des textes authentiques par vous visés.*

Comme ils ne peuvent que démontrer le bien fondé de vos assertions, j'estime que vous vous joindrez à moi, pour clore ainsi — à l'Académie — cette discussion.

Par vous accusé de plagiat, je ne puis que signer

L.-H. FARABEUF.

Le Conseil de l'Académie ayant décidé qu'il n'y avait pas lieu de continuer le débat, je viens vous prier de vouloir bien insérer dans votre journal, la réponse que voici aux demandes de M. Farabeuf.

M. Farabeuf paraissant ne pas connaître les auteurs et les textes visés par moi, et me demandant, par sa lettre, de les lui signaler, voici les indications bibliographiques précises auxquelles il n'aura qu'à se reporter.

Noms des auteurs. — Textes.

1° ANTOINE LACOUR. — Thèse présentée et soutenue le 23 février 1844. **Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement prématuré.**

Page 83 en note. « M. Stoltz pense, etc. (Note qui se retrouve

tout entière dans ma réclamation. Voir *Bulletin de l'Académie*, séance du 17 janvier 1893.)

2° BOUCHACOURT. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Pubiotomie. Tome XXVII, 2e série.

De la page 796 à la page 801. **Historique** de la symphyséotomie. De la p. 808 à la p. 816. **Manuel opératoire**. *Méthodes et procédés*.

Page 814, ligne 36. *Procédé de Stoltz*. Reproduction abrégée de la note de Lacour, citée plus haut.

3° F. J. HERRGOTT. — Essai d'une histoire de l'obstétricie par Ed. Gasp. Jac. de Siebold. Traduction par Herrgott, Paris, 1891-92.

Tome II, 1891, paragraphe 178. Page 401. **Historique** de la symphyséotomie.

Tome III, page 12, ligne 4. A propos du bassin oblique ovalaire et du travail de Litzmann. — Das Schräg-ovale Becken, etc. Kiel, 1853.

« Le chapitre X et dernier est consacré au traitement dont on ne peut donner que le résultat acquis par 26 faits, et desquels on ne peut pas encore déduire des règles générales. »

4° GOTTCHAUX (ÉMILE). — Thèse intitulée : *De la symphyséotomie*, soutenue à la Faculté de médecine, le jeudi 22 décembre 1892, à 1 heure.

De la page 10 à la page 31. *Histoire de la symphyséotomie en France*. Voir en particulier, page 30, ligne 13.

Page 160. *Manuel opératoire*. Ligne 16. « Nous arrivons à la pubiotomie proprement dite : appellation due à M. Stoltz, qui a décrit un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles. Ce procédé, etc.

Voir au point de vue spécial du bassin oblique ovalaire.

1° LITZMANN. — *Das Schräg-ovale Becken mit besonderer Berucksichtigung seiner Enstehung im Gefolge einseitiger Coxalgie*. In-fol. mit 5 lith. Tafeln. Kiel, 1853.

Voir l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire. Tableau 4. Pages 31 et 32.

2° LITZMANN. — Ein Fall von naturlicher Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes, bei einem im höchsten Grade (nach links hin) schräg-verschobenen Becken, mit rechtsseitigen Ankylose des Kreuzbeins mit dem Huftbeine. In *Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*. Tome XXIII, 1864, p. 249

Page 258 à 261. Description du cas de Litzmann.

Page 272 à 273. Description d'un cas observé par Ritgen.

Page 274. Description d'un cas de Martin, femme accouchée 3 fois d'enfants vivants sans intervention.

Page 279, lignes 5 et suivantes : Von den ubrigen zwei schräg-verschobenen Becken, bei denen ich Gelegenheit hattc Geburten zu beobachten, etc., et particulièrement à partir de la ligne 20: Dagegen bietet die dritte Classe der schräg-verschobenen Becken für die Geburt, sehr grosse und eigenthümliche Schwierigkeiten dar, etc., etc.

Page 288, lignes 27 et suivantes : Relation succincte des faits signalés par Simon Thomas.

3° ABRAHAM, EVERARD, SIMON THOMAS. — Das schräg-verengte Becken, von Seiten der Theorie und Praxis nach dem gegenwartigen Stand der Wissenschaft. Leyden et Leipsik, 1861.

Page 55, paragraphe 4. Von dem Einflusse der Schräg-verengten Becken auf die Geburt.

Tabelle B

Ubersicht der Geburtsverlaufes in 26 durch Autopsie constatirten, und in 2 bei Lebzeiten diagnosticirten Fallen schräg-verengtes Becken.

Voir encore pages 58 et 59. Analyse des cas.

J'espère, mon cher collègue, que ces indications suffiront à M. Farabeuf, et il me reste à vous remercier et à vous prier d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

9 février 1893.

Dr CHARPENTIER.

M. LE RÉDACTEUR,

Pour ne pas prolonger cette discussion et la clore dans ce numéro, vous me faites connaître la communication de M. Charpentier.

Imprimez-la, je vous en prie, elle me satisfait de tous points.

J'ai demandé *des textes démontrant* qu'attribuer à M. Fa-

rabeuf « l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie unilatérale du côté ankylosé rétréci », c'était *déposséder* M. Stoltz.... en bon prince, j'ajouterais un pelvitomiste quelconque.

Ces textes n'existent donc pas.

On envoie des fiches de bibliothèque. On appelle des témoins muets ; si quelques-uns parlent, c'est d'autre chose et c'est en faveur de l'accusé. Tout va bien. All right.

Faites-moi garder la composition typographique de tout ce que vous a envoyé M. Charpentier, afin que je puisse le faire tirer à part pour le répandre largement.

J'en ai bien d'autres, des auteurs, qui s'empilent sur mon bureau depuis 18 mois. Ce numéro même va le prouver puisque je les ai utilisés déjà, les documents que « je ne semble pas connaître » et pourquoi, pour refuter le Bulletin de l'Académie.

Qui ne le sait pas, apprendra quel est l'auteur qui, bien antérieur à M. Stoltz, a décrit le premier tous les procédés de pelvitomie à la scie autres que l'ischio-pubiotomie unilatérale.

Ne vous semble-t-il pas que, de l'accusation de plagiat formulée à la tribune académique contre Pinard et contre moi, il n'est plus guère question ?

Cependant elle n'est pas retirée. Ma lettre qu'insère M. Charpentier, fournissait une occasion qui n'a pas été saisie.

Tant mieux, cela me met à l'aise : quoi que je dise aujourd'hui et demain, la modération sera de mon côté.

Mais je vois grandir un nouveau litige soulevé à côté, sinon à la place du premier, une nouvelle accusation, celle-ci non infamante mais tout aussi justifiée.

On nous prête une opinion absurde tout à fait contraire à celle que nous avons exprimée. Je donne à regret ce démenti car dans le fond, il est blessant pour notre accusateur.

Pour les bassins obliques ovalaires, pour tous les bassins obliques ovalaires, grands ou petits, il n'y aurait pas de salut en dehors de l'ischio-pubiotomie ! Aucune de ces femmes

n'aurait le droit d'accoucher spontanément, fût-ce avant terme, ni à l'aide d'un autre adjuvant que la scie !

J'avouerai que Pinard avait tellement peur de voir sa parturiente accoucher à sa barbe avant d'être sciée, qu'il n'a attendu que cinq heures après dilatation complète : il tremblait que l'engagement ne se produisît spontanément, car il n'y avait eu antérieurement que quatre accouchements malheureux. Ce qu'il a fait n'était que pour se distinguer, pour faire parler de lui.

Et moi... *cui prodest* :

Celui-là fait le crime, à qui le crime sert.

mais je m'en remets à ma précédente réfutation du Bulletin.

A priori, M. Charpentier devait connaître mieux que moi Litzmann et Simon Thomas, aussi comme on l'a vu, me suis-je reporté à son propre ouvrage.

Je n'ai donc rien à démontrer de nouveau. Quand on le suivra sur ce terrain, ce sera pour lui un désastre de plus.

L. FARABEUF.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 12 janvier 1893

Présentation. — GUÉNIOT. **Naine rachitique, opérée de la césarienne.** — L'opération a été faite quelques heures après le début de l'accouchement, survenu à terme. L'indication était une étroitesse extrême du bassin : diam. promonto-sous-pubien 55 millimètres. Les membres, aussi bien les supérieurs que les inférieurs, présentent les déformations rachitiques les plus accusées, on les constate aussi au niveau du crâne. L'opération remonte à 25 jours environ. L'état de la femme est excellent. Les suites opératoires avaient été excellentes. La cicatrice abdominale est parfaitement réunie. D'autre part, l'enfant s'élève fort bien.

Au sujet de cette opération, Guéniot se borne actuellement à faire les remarques suivantes : 1° L'étroitesse du bassin étant extrême, l'utérus et la vessie se trouvaient situés en totalité au-dessus du détroit supérieur, de telle sorte qu'après une incision tégumentaire (cependant assez distante des pubis) je rencontrai la vessie et dus reporter beaucoup plus haut la section de la ligne blanche.

2° Le placenta se trouvant greffé sur la paroi antérieure de l'utérus, il me fallut le traverser pour arriver au fœtus. Mais grâce à une rapide incision de cette paroi utéro-placentaire, la perte sanguine resta relativement modérée et sans conséquence ultérieure.

3° La région du fœtus qui s'offrit à la boutonnière utérine était une épaule; aussi, l'extraction de l'enfant ne fut-elle possible que grâce à la recherche des pieds et à une sorte de version comparable à la version commune.

4° L'enfant présente comme conformation générale un aspect rachitique qui rappelle assez bien les difformités rachitiques de sa mère : front extrêmement proéminent, surplombant la face, membres très courts surtout dans leur segment supérieur.

BAR. **Fœtus né par l'épaule, par le mécanisme de l'évolution spontanée, et encore contenu dans l'œuf.** — Ce mécanisme rare de l'accouchement a été observé au cours d'une grossesse, interrompue spontanément à 7 mois, compliquée de placenta prævia.

LOVIOT. **Tête fœtale mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail chez une primipare à bassin normal. Accouchechement un peu avant terme. Rupture précoce des membranes. O.I.D.P. Réduction manuelle. Application du forceps modifié** (branche droite, la première sans décroisement). **Enfant vivant.** — Le fait de la présence de la tête, mobile au niveau du détroit supérieur, durant les derniers mois de la grossesse et chez une primipare, avait fait soupçonner à M. Loviot l'existence d'un placenta prævia, supposition que l'exploration obstétricale ne lui avait pourtant pas permis d'établir formellement. Le début du travail avant erme et la rupture précoce des membranes ne firent pourtant que fortifier cette opinion. Aussi, examina-t-il soigneusement le délivre après son expulsion. Or, d'un côté les membranes mesuraient 31 cent. et de l'autre seulement 9; il y avait donc insertion basse de l'arrière-faix. L'auteur insiste sur la solidarité de ces faits : *a)* non engagement de la tête fœtale dans les derniers temps de la

grossesse chez une primipare à bassin normal, le fœtus étant de volume ordinaire et le liquide amniotique non en excès ; *b*) accouchement un peu avant terme ; 3° rupture précoce des membranes ; 4° placenta inséré en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Spondylolisthésis et spondylizème, par le Dr F. Neugebauer (de Varsovie).

On sait la part énorme qu'a prise F. Neugebauer à l'étude du bassin spondylolisthésique. Il a apporté à cette étude, en effet, une sagacité et une ténacité extraordinaires. Grâce à lui, les observations restées jusqu'alors rares se sont multipliées, au point que la publication actuelle repose sur un total de 101 observations (faits cliniques et pièces anatomiques). A la vérité, cette publication n'est pas une simple monographie. C'est un véritable traité de la spondylolisthésis dont il est impossible de donner ici une analyse suffisante. L'œuvre du reste est à lire, elle est au plus haut point intéressante.

Impossible de tourner et de retourner une question de manière plus complète : historique, anatomie normale, statique pelvienne, anatomie pathologique, observations, planches nombreuses mettant bien en relief les caractères anatomiques, différentiels, objectifs de cette viciation pelvienne; symptomatologie, diagnostic, thérapeutique obstétricale, bibliographie, tout est traité avec un soin et une minutie extrême.

A l'heure actuelle, où l'on est d'accord sur la région aux dépens de laquelle s'opère le glissement, les points les plus intéressants de la question sont évidemment ceux qui touchent à l'étiologie de la viciation pelvienne. Pour Neugebauer, il existe trois circonstances étiologiques : 1) *Spondyloschisis interarticulaire uni ou bilatéral de l'arc vertébral* : *a*) par défaut congénital d'ossifica-

tion, *b*) par fracture; 2) *arthrite primaire des articulations lombo-sacrées* (Strasser); 3) *déformations statique de la vertèbre normale, par une surcharge physiologique prolongées* (Lane). Toutefois, loin de considérer la question comme complètement et définitivement résolue, il déclare qu'il « n'abandonnera ces études (elles datent déjà de 12 ans,et représententun travail combien considérable!) que lorsque l'étiologie du glissement sera nettement claire et manifeste ».

La seconde partie consacrée à l'étude du Spondylizème ou affaissement vertébral (bassins dits cyphotiques) est traitée avec la même compétence, le même soin, la même surabondance de documents. Et si la part originale de l'auteur n'est pas à comparer à ce qu'elle a été, c'est-à-dire prépondérante, dans l'étude de la spondyloslithésis, il rappelle que c'est son père, L. Neugebauer, qui eut le mérite d'envisager le bassin cyphotique sous un nouveau point de vue, « *en le caractérisant par le rétrécissement transversal du petit bassin, surtout de la sortie* ». Nous n'insisterons pas davantage, et après avoir de nouveau vivement conseillé la lecture de ce travail, nous nous bornerons à citer l'opinion de Neugebauer, résumée par lui-même, sur ces deux espèces de viciations pelviennes qu'il a si complètement et si heureusement étudiées : « *La déformation pelvienne, pour maintenir, quoique avec restriction, les paroles de notre vénéré ami, bienveillant, paternel, Herrgott, est due à un affaissement des corps vertébraux dans le spondylizème, à une modification statique des arcs vertébraux dans la spondylolisthésis. Ces deux déformations pelviennes sont d'origine rachiogène* ».

R. L.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. le professeur TILLAUX.

DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE ET DES KYSTES DU PAROVAIRE (1)

Contrairement à nos habitudes, nous allons pratiquer une ovariotomie dans cet amphithéâtre. Vous savez qu'habituellement nous faisons les grandes opérations de la chirurgie abdominale dans un pavillon spécial, où n'est admis, dans l'intérêt du malade et pour réaliser le plus strictement possible les exigences de l'antisepsie, qu'un petit nombre d'assistants. Si donc je me départis aujourd'hui de cette habitude, c'est, d'une part, parce que le cas actuel me paraît se présenter dans des conditions particulièrement favorables, que, dès lors, je ne crois pas diminuer les conditions de sécurité de ma malade, ce qui est l'essentiel, et que, d'autre part, je pense qu'il est utile, dans l'intérêt de votre instruction, de faire assister le plus grand nombre d'entre vous à cette opération.

La femme qu'il s'agit d'opérer est âgée de 40 ans. Elle est atteinte d'une tumeur de la région hypogastrique, tumeur régulière, lisse, mate sur tous les points de sa surface, et

(1) Leçon du 24 février recueillie par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

absolument fluctuante. C'est, par conséquent, une *tumeur kystique de la région hypogastrique*, qui ne peut être, pour la désigner par un terme générique, qu'un kyste de l'ovaire. Voilà un premier point. *Est-il :* a) *uniloculaire*, ou b) *multiloculaire ?*

Avant de résoudre cette question, laissez-moi vous rappeler succinctement ce que l'on entend par ces deux termes. Kyste uniloculaire, cela va de soi. Une tumeur constituée par une poche unique, dans laquelle le phénomène de la fluctuation se produit nettement. Quant au kyste multiloculaire, il ne faut pas s'imaginer qu'il provient simplement de l'existence de cloisons émanées de la face interne de la tumeur et s'entre-croisant. Au début, le kyste de l'ovaire est toujours uniloculaire et, dans certaines conditions, il peut rester tel. Mais, habituellement, dans la paroi même du kyste primitif, apparaît un kyste secondaire, qui, le plus souvent, fait saillie vers la cavité première, quelquefois vers l'extérieur. Il peut ainsi se développer un nombre plus ou moins considérable de kystes secondaires dans la paroi primitive, et les kystes secondaires peuvent eux-mêmes donner naissance à d'autres kystes, en sorte que la tumeur prend l'aspect d'une masse absolument végétante.

Ce sont précisément ces caractères anatomo-pathologiques qui, réunis, permettent de résoudre la question de l'uniloculárité ou de la multilocularité de la tumeur. Le kyste uniloculaire a une surface uniforme, absolument régulière, une consistance partout égale, et, de plus, la fluctuation y est absolue. Par conséquent, dès que le palper vous révélera des irrégularités de surface, des différences de consistance, si peu accusés que soient ces caractères, vous pouvez conclure à un kyste multiloculaire. Par contre, leur absence, même absolue à la palpation, ne vous permettra d'affirmer qu'avec une très grande probabilité l'unilocularité. Vous concevez, en effet, très bien qu'un kyste secondaire, à son début, peut échapper à un examen même minutieux. Cela, du reste, est sans importance pratique.

Or, nous avons constaté chez notre malade tous les caracractères du kyste uniloculaire.

Messieurs, il s'agit maintenant de résoudre une question qui a une réelle importance, pour la malade et pour le chirurgien, par la raison que, suivant le cas, la gravité et la technique de l'opération varient.

Cette tumeur qu'a notre malade, est-ce bien un kyste de l'ovaire ?

Il y a en effet, a) les *kystes de l'ovaire proprements dits*, et b) les *kystes du parovarium* ou *du ligament large.*

Comment les distinguer? Il faut ici se rappeler quelques notions d'anatomie. Vous savez que l'ovaire est situé dans l'aileron postérieur du ligament large, sur les côtés de l'utérus, auquel il est relié par le ligament de l'ovaire, mais que, d'une manière générale, on peut le considérer comme libre dans la cavité abdominale. Or, un kyste de l'ovaire est toujours pédiculé, que le pédicule soit constitué par l'ovaire lui-même ou par le ligament de l'ovaire. D'autre part, comme l'ovaire, il est absolument libre dans la cavité abdominale, et par suite, à mesure qu'il se développe, il entre en contact immédiat avec la paroi abdominale, d'une façon précise avec le péritoine pariétal. Aussi, le péritoine pariétal incisé, aperçoit-on une surface blanche, brillante, nacrée, caractéristique, qui n'est autre que la surface de la paroi du kyste ovarique. Les conditions sont tout autres dans les cas d'un kyste du ligament large.

Le ligament large, en effet, constitue, avec ses deux feuillets, un sac fermé par en haut, ouvert par en bas, qui se continue d'abord avec le péritoine qui tapisse le plancher pelvien, et plus loin, en avant, avec le péritoine pariétal. Or, un kyste primitivement développé entre les deux feuillets du ligament large, reste forcément inclus dans la cavité qu'ils délimitent. A mesure qu'il se développe, il déplisse à la vérité ces deux feuillets, les repousse plus ou moins, mais, il s'en coiffe en quelque sorte, et demeure toujours une tumeur encapsulée. Aussi, quand dans l'opération on a incisé le pé-

ritoine pariétal ce n'est plus, comme dans le cas précédent, une surface blanche, brillante, nacrée qui apparait, mais bien un autre feuillet péritonéal, souvent sillonné de nombreux et gros vaisseaux veineux. Presque toujours, le kyste parovarique est sessile; exceptionnellement, toutefois, il peut être pédiculé, auquel cas le pédicule est constitué aux dépens des feuillets séreux très distendus. Dans la plupart des cas, il faut, après avoir incisé le péritoine pariétal, inciser le feuillet séreux du ligament large et procéder à une véritable énucléation de la tumeur, ce qui, souvent, ne va pas sans s'accompagner de grosses difficultés. Il y aurait donc utilité pour le chirurgien à pouvoir préciser à quel genre de kyste il a affaire. Mais, Messieurs, si l'on doit toujours s'efforcer d'arriver par l'étude des phénomènes cliniques, à cette précision dans le diagnostic, il faut avouer qu'il est souvent difficile d'y atteindre.

Le kyste parovarique possède néanmoins quelques caractères dont la réunion pourrait aider au diagnostic. Il est toujours uniloculaire, la poche n'est pas très pleine, et, parfois, elle est, à la percussion, comme un peu onduleuse, et donne une sensation qui rappelle le frémissement du kyste hydatique. D'autre part, la tumeur, moins vascularisée, moins bien nourrie que le kyste proprement dit de l'ovaire, est en général peu volumineuse, et dépasse rarement les dimensions d'une tête d'adulte.

Eh bien ! la tumeur de notre malade possède quelques-uns de ces caractères. Elle est peu volumineuse — il est vrai que la malade en fait remonter le début à une date pas trop éloignée, à l'année 1891, — pas très tendue, et un peu tremblotante.

D'autre part, elle présente une particularité qui plaiderait encore plutôt en faveur d'un kyste du ligament large. Par le toucher vaginal, en effet, on constate une tumeur faisant saillie dans le vagin, non en arrière, mais dans le cul-de-sac latéral droit, correspondant par conséquent à la base du ligament large de ce côté, et de plus se continuant sûrement

avec la tumeur abdominale. C'est en quelque sorte un prolongement intra-pelvien de cette tumeur. Or, si ce prolongement intra-pelvien est la règle dans les cas de kystes parovariques, il devient plus rare quand il s'agit de kystes ovariques proprement dits, et ne se rencontre guère que lorsqu'ils ont acquis un grand volume.

Ainsi, Messieurs, certains caractères inclineraient à penser qu'il s'agit dans le cas actuel d'un kyste du ligament large. Mais, loin d'être affirmatif, j'espère encore pour la malade qu'elle est atteinte d'un kyste ovarique, simple (1).

---

(1) L'événement a prouvé que ces réserves étaient on ne peut plus justifiées. Il s'agissait en effet d'un kyste ovarique proprement dit, dont l'extirpation s'est accomplie très heureusement et très simplement. Le péritoine pariétal incisé, est apparue la surface blanche, brillante, nacrée, caractéristique. Le kyste attiré au niveau de la plaie abdominale au moyen des pinces à traction ordinaires, a été ponctionné, tandis qu'un aide assurait par une pression méthodique à travers la paroi abdominale, le contact de celle-ci et de la tumeur. La paroi abdominale doit suivre le retrait du kyste. Quant au liquide, il était clair comme de l'eau.

Encore un caractère qui, si l'on eût fait une ponction exploratrice, eût, ainsi que l'a fait remarquer M. Tillaux, plaidé en faveur d'un kyste du ligament large. Le kyste vidé, application d'une pince à pédicule, section un peu au-dessus. Ligature en chaîne du pédicule. Fermeture de la plaie abdominale au moyen d'un seul étage de sutures profondes, à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale (peau, muscles, péritoine), et de quelques sutures superficielles cutanées, au crin de Florence. Pansement : gaze iodoformée, épaisse couche de ouate et bandage abdominal. Inutile d'ajouter, qu'en raison même de la salle où l'opération a été faite, on s'est fort préoccupé de réaliser l'antisepsie la plus rigoureuse.

R. L.

N. B. — Les suites opératoires ont été excellentes, la femme est actuellement complètement guérie.

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES DE L'OVAIRE (RÉSECTION, IGNIPUNCTURE)

Communication faite à l'Académie de médecine, le 21 février 1893

Par **S. Pozzi**
Agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Le progrès de la chirurgie doit amener cette science à être de plus en plus conservatrice. Chacune de ses branches a présenté les marques de cette évolution. L'une des plus frappantes est, assurément, la substitution des résections aux amputations en chirurgie osseuse et articulaire. N'est-il pas possible d'appliquer les mêmes principes à la thérapeutique des trompes et des ovaires? Ne peut-on point, dans un certain nombre de cas, limiter le sacrifice à une partie de l'organe de manière à conserver à la femme sa fécondité?

Ce problème, malgré sa haute importance, n'a encore été abordé que par un très petit nombre de gynécologistes. Les opérations partielles sur les annexes soulèvent, en effet, à priori, les défiances légitimes, analogues à celles qui accueillirent au début les premières tentatives de résection articulaire. N'a-t-on pas à craindre par ces interventions parcimonieuses de laisser subsister une partie de l'organe déjà malade ou en imminence morbide et de s'exposer ainsi à des récidives? Enfin, conserve-t-on un organe utile et vaut-il la peine de substituer une opération compliquée à une opération simple pour un résultat illusoire?

Ces objections spécieuses qui accueillirent à son début l'œuvre des Moreau, des Park, etc, sont définitivement tombées devant les magnifiques résultats obtenus par la chirurgie contemporaine.

Je crois qu'il en sera de même des contradictions que ne peut manquer de soulever l'objet de cette communication. Du reste, il n'est point d'arguments qui puissent prévaloir contre une série d'observations avérées. Je viens donc surtout

vous présenter des faits qui me paraissent encourageants. Je ne me dissimule point cependant qu'ils sont trop peu nombreux et trop récents pour entraîner une conviction définitive. Mon but sera atteint si je provoque de nouvelles recherches dans une direction qui est assurément celle du progrès.

Avant de donner un résumé des observations qui me sont personnelles et de rappeler ce qui a été fait ailleurs dans le même sens sinon suivant la même technique, il importe de préciser dans quelles conditions et dans quelles limites peut s'exercer la chirurgie conservatrice des annexes. Je crois, en effet, que de ce point de départ dépendent toutes les chances de succès.

Un exemple me permettra de mieux faire comprendre ma pensée.

Lorsqu'après une laparatomie faite pour une tubo-ovarite constatée cliniquement, on se trouve en présence de lésions ayant désorganisé profondément les annexes, comme par exemple un pyosalpinx avec abcès de l'ovaire ou encore une transformation kystique totale de l'ovaire et parenchymateuse de la trompe, il va sans dire qu'on ne peut songer qu'à une seule chose, l'ablation.

Mais dans bien des cas cette extirpation est pratiquée par les opérateurs pour des lésions beaucoup moins étendues; il s'agira, je suppose, d'un hydrosalpinx avec intégrité relative de l'ovaire simplement parsemé de quelques petits kystes folliculaires de la grosseur d'un pois; ou bien encore on aura trouvé la trompe intacte et perméable dans toute son étendue tandis que l'ovaire seul est atteint par l'ovarite diffuse, par la sclérose et la dégénéresceuce micro-kystique ou contient quelques kystes plus volumineux, mais bien limités. Certes, dans les cas de ce genre, l'extirpation totale peut paraître une opération trop radicale; en effet, il persiste encore une certaine quantité de tissu ovarien normal, et la trompe est ou perméable ou susceptible de le redevenir. On peut donc concevoir l'espoir de conserver

une partie de l'ovaire et de rendre à l'oviducte ses fonctions en rétablissant son pavillon et son calibre.

Le premier de ces espoirs a créé la *résection partielle de l'ovaire*, le second a donné naissance à la *salpingostomie* ou rétablissement d'un pavillon artificiel *résection partielle de la trompe*.

Je me hâte de le dire, je n'ajoute aucune foi aux opérations ayant pour but de restaurer les fonctions d'une trompe malade. Je crois que, du moment qu'elle a été fortement atteinte par l'inflammation, elle est devenue définitivement incapable de remplir son rôle physiologique. On pourra bien rouvrir son pavillon en décollant ses franges agglutinées, ou même créer un orifice artificiel à côté de l'orifice normal oblitéré, ainsi que l'ont fait Skutsch et Martin. Mais je crois que l'on n'aura fait ainsi qu'une œuvre illusoire. Il est facile de le démontrer.

D'abord, le calibre de la trompe momentanément rétabli par le cathétérisme aura toujours tendance à s'oblitérer de nouveau ; ensuite, ce calibre demeurât-il fixe, il ne suffirait pas à assurer la migration de l'ovule. Le rôle de la trompe n'est pas celui d'un conduit inerte ; ce tube est essentiellement actif ; l'intégrité de sa texture, la persistance de son épithélium vibratile et de ses fibres contractiles sont les conditions indispensables de sa fonction. Or, une inflammation de quelque durée, a sûrement détruit ou paralysé définitivement ces éléments actifs.

Telles sont les raisons pour lesquelles j'élimine la résection partielle de la trompe du nombre des opérations conservatrices. Je crois que celles-ci ne peuvent être tentée que lorsque la trompe est saine, que son pavillon est ouvert et que son calibre est perméable. En d'autres termes, pour moi, l'ovaire seul est justiciable des opérations partielles.

Je ne m'attarderai pas à démontrer qu'il suffit d'une très petite quantité de tissu ovarien pour assurer la régularité de la menstruation, et permettre la fécondité. On sait la richesse considérable en ovules de cet organe ; quelqu

minime que soit le fragment qu'on en conserve, il contient plusieurs milliers de germes pouvant fournir à toute la durée de la vie génitale de la femme. Du reste, nous avons ici plus que des considérations théoriques à faire valoir. Dans les cas de résection partielle de l'ovaire, on observe constamment la persistance de la menstruation et plusieurs observations prouvent que sa fécondité est conservée. Dans la première observation, qui appartient à Schröder (1), il s'agissait d'une femme à qui il pratiqua l'ablation d'un kyste de l'ovaire d'un côté, et la résection partielle de l'autre ovaire qui contenait un kyste dermoïde. La femme devint enceinte peu de temps après et accoucha à terme.

Plus récemment, A. Martin (2) a vu trois femmes devenir enceintes après l'ablation d'un ovaire et la résection partielle de l'autre. La première de ces observations concerne une femme qui avait un kyste de l'ovaire droit qui fut enlevé en totalité et deux petits kystes pisiformes de l'ovaire gauche qui furent réséqués. La guérison fut complète et trois accouchements sont survenus. Dans un second cas, l'ovaire droit fut enlevé pour un grand kyste, l'ovaire gauche fut réséqué pour un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, et la femme accoucha deux fois. Dans un troisième cas, la femme à qui on avait enlevé les annexes gauches pour un kyste parovarien et réséqué l'ovaire droit pour un kyste du volume d'une prune, a accouché une fois depuis l'opération. Enfin, une quatrième malade est devenue enceinte, mais a avorté. Elle avait subi la résection de l'ovaire droit pour une oophorite chronique et la résection de l'ovaire gauche pour un kyste folliculaire de la grosseur d'une prune.

Ce qui donne une véritable valeur à ces observations de Martin, c'est qu'elles portent sur une série de 21 résections partielles de l'ovaire, observées pendant une période de

---

(1) SCHROEDER. Société obst. et gyn. de Berlin, juillet 1884. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd XI, p. 360.

(2) A. MARTIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, p. 516.

trois ans ; pendant ce court laps de temps, une opérée sur cinq est devenue enceinte.

Il reste maintenant à déterminer dans quels cas de lésions de l'ovaire on peut faire une opération partielle, et à fixer la nature et la technique de cette opération.

J'établirai, comme règle générale, que toutes les fois que la trompe est saine et l'ovaire seul altéré, il faut essayer d'en conserver une partie et ne se résigner au sacrifice total qu'à la dernière extrémité.

Les cas les plus favorables sont évidemment ceux où il existe une altération bien limitée à une région de l'ovaire, laissant intact tout un segment de l'organe. La lésion typique et celle qui ne peut laisser de doute sur la persistance des fonctions du reste de l'ovaire, est un kyste isolé, kyste dermoïde (Schröder), kyste proligère commençant, gros kyste folliculaire, kyste du corps jaune. Dans ces circonstances, la technique s'impose d'elle-même à l'opérateur : en premier lieu, on s'assure de la perméabilité complète de la trompe, en introduisant un stylet par son pavillon et en le poussant jusqu'à la corne utérine. Cette manœuvre se fait avec la plus extrême facilité. En second lieu, tandis qu'un aide fixe l'ovaire entre ses doigts, le chirurgien pratique la résection de la partie altérée par deux incisions qui circonscrivent un segment cunéiforme. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide d'un surjet au catgut qui assure à la fois la coaptation et l'hémostase. Si celle-ci n'est pas complète, on l'obtient en ajoutant quelques points plus profonds, soit au catgut, soit à la soie fine ; il suffit, du reste, de maintenir quelques instants l'ovaire comprimé dans une compresse aseptique pour voir cesser le suintement qui se faisait par les piqûres.

C'est encore à la résection d'un segment de l'ovaire qu'on peut avoir recours dans les cas de dégénérescence microkystique où l'altération a laissé intacte une zone de tissu ovarien. Il est très fréquent de trouver alors toute la convexité de l'ovaire parsemée de petits points transparents

ou bleuâtres, caractéristiques de la présence de petits kystes séreux ou hématiques, tandis qu'au voisinage du hile existe une bande de tissu respecté par l'altération. On peut faire l'incision sur cette limite et enlever la majeure partie de l'ovaire, en conservant la base de l'organe dont on réunit les lèvres par un surjet de catgut.

Telle a été ma manière de procéder dans mes premières opérations. J'y ai joint une manœuvre complémentaire, la fixation sur le moignon ovarien du pavillon de la trompe à l'aide de quelques points de suture. Cette *salpingorrhaphie* a pour but de s'opposer à ce que la trompe ne s'égare pour ainsi dire loin du reste de l'ovaire et n'aille contracter des adhérences qui rendraient inutile l'opération conservatrice. Cette suture est particulièrement indiquée lorsqu'on a eu à libérer la trompe en déchirant les adhérences susceptibles de se reproduire.

Dans ces derniers temps j'ai modifié ma technique et substitué fréquemment *l'ignipuncture* à la résection. Lorsque l'ovaire présente des lésions très disséminées constituées par des kystes de petit volume, il est beaucoup plus expéditif et sans doute plus efficace de substituer l'action du cautère à celle de l'instrument tranchant. On peut facilement, en s'aidant de la vue et du toucher, découvrir tous les points transparents ou dépressibles à la surface de l'organe. Avec le petit couteau du thermocautère on ouvre successivement ces petits kystes et on brûle leur surface interne. Lorsqu'on se trouve en présence de l'*ovarite diffuse* où l'ovaire est augmenté de volume et infiltré de liquide, il est bon de faire pénétrer la pointe du thermocautère assez profondément dans le stroma œdématié. On peut ainsi espérer modifier avantageusement la prolifération embryonnaire diffusée en tous sens, que le microscope a indiquée dans les cas de ce genre (Paul Petit). Il n'est pas douteux, en effet, que l'action du fer rouge ne soit essentiellement modificatrice et n'agisse, comme disaient les anciens, à la manière d'un

énergique *fondant* dans les inflammations chroniques de l'ovaire, comme dans celles de tous les autres tissus.

A la vérité, certaines objections peuvent se présenter à l'esprit.

N'a-t-on pas à craindre de créer des noyaux cicatriciels à la surface ou même dans la profondeur de l'organe, de favoriser cette sclérose qu'on avait pour but de guérir, et de provoquer la formation de nouveaux kystes en gênant le développement normal des follicules de Graaf?

Je pourrais peut-être me dispenser de répondre à cette objection en invoquant les résultats déjà acquis de mes opérations; mais elles sont trop récentes pour que ces résultats soient considérés comme péremptoires. Il convient donc d'examiner avec soin les objections théoriques que je viens de formuler.

L'action du fer rouge peut-elle amener la sclérose? Assurément, il en serait ainsi dans le cas où la cautérisation serait suivie de la chute de l'eschare par suppuration et granulation. Mais le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale; il est essentiellement aseptique, l'eschare est résorbée molécule à molécule sans travail inflammatoire, sans prolifération embryonnaire susceptible de s'organiser en tissu conjonctif inodulaire. Bien au contraire, les résultats acquis par l'observation clinique tendent à faire supposer que *l'irritation substitutive* produite par le fer rouge au sein des tissus déjà atteints de sclérose favorise leur résorption. C'est ainsi que les choses se passent lorsqu'on débride au thermocautère les masses lardacées et calleuses qui entourent les trajets fistuleux ou qu'on transperce par l'ignipuncture les exsudats plastiques qui environnent une articulation ou un os malades.

L'ignipuncture peut-elle favoriser la dégénérescence microkystique de l'ovaire? Comment en serait-il ainsi? On conçoit que l'action du cautère portant sur un organe qui contient des glandes en grappe (comme le col de l'utérus) puisse obli

térer le goulot de quelques-unes de ses glandes et amener leur transformation kystique ; mais ici il s'agit de follicules clos, et tous ceux que la pointe rougie n'aura pas traversés pourront se développer librement.

Ainsi tombent, me semble-t-il, les arguments qu'on pourrait invoquer à *priori* contre l'ignipuncture de l'ovaire. Du reste cette discussion ne peut avoir qu'un intérêt momentané et le dernier mot appartient à l'expérience, déjà si heureusement commencée.

J'ai déjà par ce moyen obtenu la guérison de plusieurs malades sans porter une atteinte irremédiable à leurs fonctions génitales. Cette guérison se maintiendra-t elle ? Tout me porte à l'espérer, et dans ce cas j'aurai la satisfaction d'avoir contribué pour une faible part à réagir contre les tendances excessives qui font parfois trop bon marché de la fécondité des opérées.

Les tableaux ci-joints résument les observations relatives à 12 opérées, six par résection de l'ovaire, six par ignipuncture (1). Chez toutes, les suites de l'intervention chirurgicale ont été absolument bénignes. A l'exception d'une seule malade hystérique, les douleurs ont été abolies ou très diminuées. En un mot, on a obtenu des résultats aussi satisfaisants qu'avec la castration.

La menstruation a présenté une régularité remarquable. Chez quelques opérées qui étaient auparavant mal réglées, le flux menstruel est revenu avec une plus grande abondance (sans métrorrhagie cependant) et ce résultat paraît être dû à la grande amélioration de la santé générale.

---

(1) Les observations seront publiées *in extenso* dans la thèse que prépare à ce sujet un de mes internes, M. Delaunay.

TABLEAU I. — **Résection de l'ovaire.**

Nos	NOMS	LÉSIONS	SYMPTOMES	DATE DE L'OPÉRATION	ABLATION DE L'OVAIRE DROIT OU GAUCHE	RÉSECTION DE L'OVAIRE DROIT OU GAUCHE	SUITES OPÉRATOIRES	SUITES ÉLOIGNÉES — MENSTRUATION	SUITES ÉLOIGNÉES — DOULEURS
1	Césarine P. 26 ans	Ovarite scléro-kystique double.	Douleurs abdominales. Dysménorrhée	9 mai 1891	Ovaire gauche (avec la trompe).	Ov. dr. Segm. longitudinal farci de petits kystes.	Guérison. Amélioration considér. de l'état général.	Régulière et plus abondante qu'avant l'opération.	Cess. compl. des douleurs et de la dysménorrhée revue le 22 déc. 92
2	Marie C. femme V. 23 ans	Ovarite scléro-kystique double adherente.	Douleurs abd. Dysménorrhée	3 juillet 1891	Ovaire gauche et trompe gauche.	Ov. dr. Segm. longit. cont. des kʳᵉˢ pisiformes. Salpingorrhaphie.	Guérison rapide. La malade augmente bcp de poids.	Tout à fait régulière et plus abondante qu'avant l'opération.	Plus de douleurs ni de dysménorrhée. Revue le 23 janvier 1893.
3	Sophie G. femme L. 33 ans	Kyste folliculaire de la grossʳ d'une noisᵉᵗᵗᵉ de l'ov. g. Rétroversion de l'utérus.	Douleurs très vives occasionnant des crises nerveuses. Dysménorrhée	10 mars 1892	Conservation des annexes droites non altérées.	Résection d'un kyste foll. ov. gauche (noisette). Salpingorrhaphie Hystéropexie.	Guérison rapide. Amélioration considér. de l'état général.	Menstruation régulière mais encore douloureuse.	Grande amélioration mais persistance de douleur à droite. Revue le 25 décembre 1892.
4	Jenny R. 24 ans	Ovarite scléro-kystique, adhérences.	Douleurs vives. Règles irrégul. abondantes et douleureuses	5 mars 1892	Ovaire et trompe gauche.	Résection de l'ov. droit. Salpingorrhaphie.	Guérison.	La menstruation d'abord irrégulʳᵉ, puis normale.	Les doul. cesˢᵉⁿᵗ ap. av. persisté dur. quelque temps. Revue le 4 déc. 92.
5	Eugénie F. femme I. 24 ans	Ovarite scléro-kyst. Petits kystes hématiques, adhérences.	Douleurs spontanées et à la pression surtout à droite	6 juillet 1892	Annexes droites.	Résection de l'ov. gauche. Salpingorrhaphie.	Guérison	Les règles sont revenues sans douleur avant que la malade ait quitté le service le 23 août 1892. Elle n'a pas été revue.	
6	Marie D. T. 35 ans	Ovarite scl.-kyst. g. salpingite catarrhale g. K[illegible] du corps	Douleurs abdominales Dysménorrhée	10 février 1893	Annexes gauches.	Résection d'un kyste hématique du corps jaune du volume	Guérison	La malade n'accuse aucune douleur (10 mars 1893).	

TABLEAU II. **Ignipuncture de l'ovaire.**

Nos	NOMS	LÉSIONS	SYMPTOMES	DATE DE L'OPÉRATION	ABLATION OU CONSERVATION DE L'OVAIRE	IGNIPUNCTURE D'UN OU DES DEUX OVAIRES	SUITES OPÉRATOIRES	SUITES ÉLOIGNÉES — MENSTRUATIONS	SUITES ÉLOIGNÉES — DOULEURS
1	Julia S. femme M. 29 ans.	Ovaires scléro-kystiq. Kyst. séreux et sanguins. Rétroversion	Douleurs continues. Dysménorrhée.	16 déc. 1892.	Conservation des 2 ov. Hysteropexie	Ignipuncture des 2 ovaires ouvrant 4 kyst. à gauche 1 à droite.	Guérison amélioration considérable de l'état général.	La menstruation est revenue deux fois encore, douloureuse.	Les douleurs persistent (mal. hystérique). Vue le 11 fév. 1893.
2	Suzanne B. 19 ans.	Ovarite scléro-kyst. à droite, rien à gauche.	Douleurs à droite. Dysménorrhée.	22 déc. 1892.	Conservation des 2 ov. pas d'intervention à gauche.	6 ponctions à droite.	Guérison.	Règles doul. 5 j. après l'opération Depuis elles persistent régulièrement, m. abondantes.	Douleurs très diminuées, presque nulles, sauf au moment des règles. Vue le 12 fév. 1893.
3	Louise F. 29 ans.	Ov. diffuse double. Rétroversion.	Douleurs continues avec paroxysmes à l'époque des règles.	22 déc. 1892.	Conservation des 2 ov. Hystéropexie	12 ponctions profondes à gauche et 11 à droite.	Guérison.	1res règles après l'opération en retard de 10 j. indolores, abondantes, sont revenues ensuite sans doul.	Disparition compl. des doul. Vue le 13 fév. 1893.
4	Marie C 23 ans.	Kyste follic. (noisette) ov. gauche ovar. diffuse à droite.	Douleurs continues. Dysménorrhée.	23 déc. 1892.	Ablation des annexes gauches.	12 points d'ignipuncture profonde de l'ov. droit.	Guérison.	1res règles sans douleurs, m. abondantes. 2es règles sans doul. norm.	Disparition compl. des doul. Vue le 14 fév. 1893.
5	Marie F. 22 ans.	Ovar. diffuse double plus marquée à gauche. Rétroversion.	Douleurs abdominales exaspérées au moment des règles.	30 janv. 1892.	Conservation des 2 ov. Hystéropexie	7 points d'ignipuncture à gauche 3 à droite.	Guérison. Bronchite intercurrente.	Les règles apparaissent 3 j. après opération m. abondantes mais presque pas douloureuses.	Plus de douleurs, état général excellent ; la malade ne s'est pas levée. 20 fév. 1893.
6	Zelia G. femme N. 26 ans.	Ovar. diffuse	Douleurs abdominales Dysménorrhée	17 fév. 1893.	Conservation des 2 ov.	5 à gauche 3 à droite.	Guérison.		La malade va bien ne souffre plus. 10 mars 1893.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

Par MM. le Dr **L. Picqué**, chirurgien des hôpitaux de Paris
et le Dr **P.-R. Charrier**, ancien interne des hôpitaux et du service chirurgical de gynécologie de Lourcine-Pascal.

AVANT-PROPOS

L'étude que nous publions est basée sur notre statistique intégrale de 1890-91 à l'hôpital Pascal (service de gynécologie) où, depuis l'année 1887, nous avons l'honneur de suppléer d'une façon régulière notre excellent maître le Dr Pozzi pendant la période des vacances.

Initié par lui, depuis l'année 1883, à l'étude de la gynécologie et à la pratique des grandes opérations abdominales, à l'application rigoureuse des règles antiseptiques en usage à l'hôpital Pascal, je ne puis, en le remerciant de la grande confiance qu'il m'a toujours témoignée, que lui attribuer pour la plus grande part, les succès de notre pratique personnelle.

Cette étude comprend 4 sections répondant à chaque groupe de lésions traitées chirurgicalement dans ce service.

1re SECTION. — Lésions suppurées des annexes, ovaires et trompes.

OBS. I. — *Atrésie du col. Dilatation avec des crayons de sublimé infectés. Infection consécutive. Grande suppuration pelvienne. Pyosalpinx double. Hystérectomie vaginale. Guérison.*

La nommée E..., Armandine, âgée de 34 ans, concierge, entrée le 11 novembre 1891, salle Pascal, A. Réglée à 14 ans. Étant jeune fille, règles régulières, leucorrhée vaginale. Mariée à 19 ans. Huit mois après son mariage, fausse couche de 5 mois (perte de sang pendant 15 jours, à la suite de cette fausse couche et légère douleur à gauche, dans la région des annexes). Depuis cette époque,

c'est-à-dire depuis 14 ans environ, la malade se portait bien. Ses règles seulement étaient douloureuses. Désireuse d'avoir un enfant et stérile, elle alla consulter un médecin, qui après examen, attribua la cause de la stérilité à une atrésie du col et lui conseilla de se faire opérer. Au mois de juillet 1891, on lui fait l'incision du col suivie de dilatation, puis on lui met chaque semaine un crayon au sublimé dans la cavité utérine. Tout alla bien pendant un mois, lorsqu'un beau jour elle fut prise brusquement de frissons violents et de fièvre avec douleur dans la région des annexes à gauche (1). Le chirurgien qui la soignait constata un phlegmon du ligament large du côté gauche et le 1er septembre lui fit une incision par le cul-de-sac vaginal qui donna issue à un litre de pus. La malade fut très soulagée, la fièvre diminua, cessa même ainsi que les douleurs, lorsque vers le 20 septembre, la malade éprouva de nouveaux frissons suivis de fièvre intense avec douleur vive dans la région des annexes à droite. Le toucher vaginal révéla un empâtement très marqué de tout le cul-de-sac du même côté ; comme la fièvre était intense et que la malade dépérissait à vue d'œil, elle se décida à entrer à Pascal, dans le service.

A son entrée, on constata, par le toucher vaginal, les signes physiques suivants : l'utérus est absolument enclavé dans le petit bassin, dans le cul-de-sac latéral droit empiétant sur le cul-de-sac de Douglas et sur le cul-de-sac antérieur, on trouve une tumeur dure, irrégulière, douloureuse et chaude, déprimant la voûte vaginale. On retrouve la tumeur par le palper abdominal. La malade souffre beaucoup, elle a des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre, des frissons violents tous les jours et une fièvre intense atteignant 40°, le soir avec rémittence de 1° environ le matin ; les règles sont supprimées depuis deux mois. On porte le diagnostic de pyosalpinx droit et gauche.

Le 19 novembre, on pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement (pinces sur le ligament large). Après l'enlèvement de l'utérus, le doigt introduit dans le petit bassin rencontre une grosse poche de pus du volume d'une orange à droite et la crève. Il sort 200 gr. environ de pus très fétide. Drainage à l'aide de lanières iodoformées. Dès le lendemain de l'opération, abaissement de la température en lysis, disparition des frissons ; le 2e jour la

(1) On a attribué cette infection à un crayon de sublimé (?), qui était composé tout simplement de suif, sans trace de sublimé.

température atteignait 37°,5 et n'a jamais remonté depuis. La faiblesse de la malade est grande, mais l'appétit renait, le sommeil revient.

25 jours après, la malade quitte le service, très faible, mais ayant repris ses couleurs, ayant retrouvé l'appétit, le sommeil et sans aucune souffrance.

Nota. — J'ai revu la malade le 20 janvier 1893 : la malade n'a jamais souffert depuis l'opération. État général excellent.

Obs. II. — *Infection blennorrhagique ancienne. Métrite-vaginite. Avortements consécutifs. Salpingite parenchymateuse gauche, pyosalpinx droit.* 1° *Laparotomie et ablation des annexes.* 2° *Hystérectomie vaginale complémentaire. Guérison.*

La nommée Jeanne R..., âgée de 24 ans, entrée le 5 juin 1891, salle Pascal, A. Cette malade a eu ses premiers rapports à 16 ans, elle n'a pas tardé à contracter une blennorrhagie aiguë ; qui détermina il y a 6 ans, sa première fausse couche. Pas d'accouchements. Fausse couche de deux mois, suivie d'*hémorrhagies abondantes* et d'irrégularités menstruelles. 2e fausse couche il y a 4 ans, suivie également d'hémorrhagies abondantes qui durent un mois et de *pelvi-péritonite* qui a obligé la malade à garder le lit pendant 6 mois. C'est depuis cette époque surtout que ses règles sont devenues irrégulières, abondantes, durant chaque fois plus de huit jours, douloureuses. Les douleurs dont se plaint la malade sont plus marquées à gauche, elles augmentent au moment des règles. Pertes blanches constantes, démontrent que l'infection blennorrhagique persiste, singulièrement aggravée par les fausses couches précédemment signalées.

A l'examen, M. Pozzi perçoit de chaque côté de l'utérus une tumeur adhérente, comblant en partie les culs-de-sac latéraux et postérieur, grosse comme un petit œuf à gauche, grosse comme une mandarine à droite.

Laparotomie le 20 juin. A gauche : parois de la trompe très épaisses, salpingite parenchymateuse (ancien pyosalpinx). A droite : pyosalpinx (petite poche purulente qu'il faut saisir avec grands ménagements sous peine de la crever). Des deux côtés, les trompes recouvertes de fausses membranes étaient tellement adhérentes aux parois du pelvis, qu'il a fallu à M. Pozzi des efforts

considérables pour les énucléer. De plus, de chaque côté également, le ligament infundibulo-pelvien était tellement court qu'il a été malaisé de faire la ligature du pédicule. Sutures à 3 plans.

Le 21 juin. État de la malade bon, pas de fièvre, pas de symptômes péritonéaux. Les 22, 23, même état. Le 24, un peu d'élévation de la température, le soir, due à ce que la malade a eu de nombreuses visites et a fait quelques excès (champagne, légère ébriété), léger ictère. Le 25, bon état. Le 27 juin : suppuration de la paroi. Désunion de la plaie. Juillet, met son corset. Réunion secondaire. Sortie le 29 juillet 1891.

Revenue dans le service au mois de novembre pour pertes blanches abondantes. Deux curettages et plusieurs injections de teinture d'iode ne la guérissant pas, M. Picqué lui fait l'hystérectomie vaginale (métrite parenchymateuse). Elle sort guérie le 30 décembre 1891.

Obs. III. — *Infection blennorrhagique ancienne. Avortement consécutif. Pyosalpinx gauche. Salpingite catarrhale droite. Ovaires scléro-kystiques. Laparotomie. Castration double Nouvelle infection utérine. Hystérectomie vaginale totale.*

La nommée D..., Justine, âgée de 17 ans, blanchisseuse, entrée le 7 février 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère malade, phtisique.

Antécédents personnels. — Coqueluche à 5 ans. Réglée à 13 ans; peu abondantes, mais très régulièrement, les premières menstrues furent très douloureuses. Leucorrhée abondante dans l'intervalle. Il y a deux ans, vaginite blennorrhagique pour laquelle elle fut soignée pendant deux mois à Lourcine. Le 6 juillet 1889, elle fait une fausse couche de 3 mois. Les jours suivants, fièvre (39°,8) accompagnée de frissons. Quelques jours après, apparition d'une phlébite de la jambe gauche. Elle reste alitée pendant un mois. Depuis sa fausse couche, la malade a vu sa leucorrhée plus abondante; elle se plaignait de fréquentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche. Ces douleurs avaient parfois un grand caractère d'intensité.

Octobre 1889. Elle fut soignée à ce moment à l'hôpital Beaujon pour une salpingite du côté gauche, elle y suivit un traitement de 6 semaines, à la suite duquel elle fut très améliorée.

Novembre 1889. Elle recommença à souffrir et à perdre en blanc;

elle rentra de nouveau à Lourcine, dans le service de M. Balzer, y resta deux mois. Elle entra ensuite dans le service de M. Picqué.

Au moment de son entrée, la malade accuse de violentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche ; pas de fièvre le soir.

Examen sous le chloroforme. — M. Picqué porte le diagnostic de double salpingite avec ovaire gauche prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et adhérent. M. Picqué conseille la laparotomie, qui est acceptée.

Opération, le 1er mars. — Les divers temps ne présentent rien d'anormal On enlève les annexes des deux côtés, celles du côté gauche furent assez difficiles à enlever, par suite des adhérences multiples et anciennes. Les lésions semblent remonter à l'infection blennorrhagique.

Examen des pièces. — Pyosalpinx gauche ; à droite, salpingite catarrhale (récente). Ovaires : scléro-kystiques. Réunion par première intention avec pansement au huitième jour. Elle se lève le 23 mars.

Le 28. Flux menstruel abondant, en rien comparable aux métrorrhagies qu'on constate quelquefois à la suite des laparotomies.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril ; les douleurs ont disparu complètement, les pertes blanches persistent. Il nous a été permis de revoir la malade dans le courant de l'année ; la guérison complète s'est maintenue, malgré une nouvelle blennorrhagie contractée par la malade et pour laquelle elle est soignée à Lourcine.

Ultérieurement hystérectomie, par M. Pozzi.

OBS. IV. — *Infection blennorrhagique récente. Ovarite suppurée droite. Salpingite catarrhale aiguë non suppurée. Laparotomie. Guérison.*

La nommée G..., Marie, âgée de 17 ans, couturière ; a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 13 ans et demi, menstrues irrégulières avec périodes d'aménorrhée. Pertes blanches assez abondantes. En juin 1890 la malade a eu une fièvre typhoïde assez grave avec accidents cérébraux. La malade contracte la blennorrhagie et entre dans le service de M. le docteur de Beurmann. C'est pendant son séjour dans ce service qu'elle commence à souffrir dans le bas-ventre. Les douleurs étaient très violentes et se montrèrent plusieurs fois par jour.

La malade entre dans le service de M. Pozzi. Au moment de son entrée on constate un état de souffrance très marqué. Le ventre est très douloureux. Crises violentes et fréquentes.

Examen. — Toucher vaginal : Cul-de-sac libre. Utérus petit. Palper combiné : On constate du côté droit une tumeur assez grosse et rénitente ; cette tumeur, assez facilement palpable, a une forme sphérique. M Picqué fait le diagnostic d'*ovarite suppurée.*

Les trompes des deux côtés sont difficiles à examiner. Quoi qu'il en soit, un deuxième examen est fait sous le chloroforme, qui vient confirmer le premier. L'état des annexes (trompes) est toujours difficile à apprécier, elles semblent immobilisées par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas.

Vu le début récent des accidents et leur évolution, M. Picqué fait le diagnostic de double salpingite blenuorrhagique avec ovarite suppurée du côté droit.

Opération. — Laparotomie. Ablation des annexes du côté gauche, à droite il est impossible d'enlever la trompe. L'ovaire vient seul, véritable énucléation, il est réduit à une poche purulente dont la paroi est formée par la couche corticale. A gauche, les annexes sont très congestionnées et le siège de lésions inflammatoires récentes.

Suites. — Rien de particulier. Cicatrisation complète le 8[e] jour. La malade est revenue depuis à Lourcine pour une syphilis contractée ultérieurement.

OBS. V. — *Infection blennorrhagique. Endométrite à gonocoques. Trois curettages. Insuccès. Laparotomie. Ablation des annexes. Guérison.*

La nommée M..., Anita, âgée de 24 ans, mécanicienne, entrée le 18 mars 1890. Réglée à 11 ans, pertes peu abondantes, très pâles ; les règles disparaissent ensuite pour ne réapparaître qu'à 13 ans. Premier rapport à 12 ans. Pendant cet intervalle, douleurs dans le bas-ventre. A 13 ans les règles reviennent pendant quelques mois, disparaissent de nouveau. A 16 ans, réapparition des règles, elle voit quelque temps puis les règles disparaissent jusqu'à l'âge de 24 ans. Pendant ce temps la malade dit avoir perdu continuellement en blanc.

En 1889 (avril). Elle entra dans le service de Pascal, se plaignant de douleurs qui ne l'ont jamais quittée, mais qui ont pris une

grande intensité depuis quelques mois. On lui fit un curettage, 4 jours après elle quitte de plein gré l'hôpital, améliorée et ayant eu une perte assez marquée. Quinze jours après sa sortie elle est obligée de revenir, elle perdait beaucoup en blanc et se plaignait de violentes douleurs dans le bas-ventre, des deux côtés cette fois. Nouveau curettage dont elle bénéficie fort peu. En effet, persistance des douleurs et leucorrhée abondante.

Vers la fin de juillet de la même année (1889) on lui pratique l'ablation des annexes par la voie vaginale. On ne put lui enlever qu'un ovaire. Trois ou quatre jours après elle eut de la température, qui s'éleva jusqu'à 40°. Elle reste alitée 7 semaines ; elle eut alors une métrorrhagie qui dura 8 jours. On complète l'opération par un nouveau curettage ; la malade souffrit moins et perdit moins abondamment.

Elle sort au commencement de novembre, son état s'est amélioré. Les règles sont toujours absentes.

En mars 1890, la malade recommence à souffrir, elle revient dans le service. Au moment de son entrée elle souffre dans le bas-ventre dont la pression est très douloureuse. Elle perd en blanc, les pertes sont légèrement jaunâtres et fétides.

Devant l'état de souffrance et l'état maladif de la malade, M. Picqué décide la laparotomie qui fut faite le 24 mars. L'ablation des annexes est laborieuse par suite des adhérences. On enlève les annexes des deux côtés. Elles sont le siège de lésions anciennes. Les trompes contenaient du pus en petite quantité.

Suites opératoires. — 4e jour, désunion de la plaie qui contient un peu de pus. Le pansement renouvelé tous les jours amène une cicatrisation rapide. Le 8 avril la cicatrisation est complète, la malade très soulagée reprend des forces. État général excellent. La malade part au Vésinet vers la fin d'avril. Elle se plaint encore de douleurs, d'ailleurs peu accusées. La malade est revenue dans le courant de l'année. Les douleurs ont disparu, elle ne se plaint que de pertes blanches assez abondantes.

Obs. VI. — *Infection blennorrhagique probable? Pyosalpinx double. Annexes fusionnées avec l'intestin. Laparotomie. Drainage de Mickulicz. Guérison tardive mais complète.*

La nommée B..., Marie, âgée de 20 ans, domestique, entrée en août 1891. Réglée à l'âge de 12 ans 1/2 d'une façon toujours régu-

lière, elle n'a eu jusqu'à il y a 6 mois, aucun trouble du côté de l'utérus ou des annexes. Le seul accouchement qu'elle ait eu, il y a 2 ans, s'est bien passé et n'a été suivi d'aucun incident, mais c'est depuis lors et un an après, qu'elle a d'abondantes pertes blanches. En outre, ses règles sont devenues abondantes, et durent 10 ou 12 jours.

Les douleurs n'ont apparu que depuis 6 mois. Ce sont des douleurs sourdes dans le ventre, plus marquées à droite et plus vives au moment des règles. Les dernières règles ont été particulièrement douloureuses, ont obligé la malade à garder le lit pendant huit jours et ont été accompagnées d'un malaise général très prononcé avec vomissements et état saburral.

Entrée une première fois à Pascal au mois de mai, on constate chez cette malade une antéflexion avec un peu de déviation de l'utérus à droite, une métrite intense et un peu de douleur à la pression dans les culs-de-sac latéraux. La malade ne reste que quelques jours à l'hôpital, on l'y soigne par des injections très chaudes et elle sort non opérée.

Rentrée à Pascal au mois de juillet 1891, à cause d'une recrudescence notable des douleurs dans le ventre avec irradiations aux aines et aux cuisses, elle y est examinée de nouveau. Outre la métrite, on note alors une double lésion salpingienne sous forme de tumeurs : à gauche grosse comme le poing, à droite, comme les deux poings réunis, on fait le diagnostic de pyosalpinx.

Laparotomie le 1er août 1891, par M. Picqué; un peu de liquide ascitique s'écoule à l'ouverture du ventre. Du côté gauche, M. Picqué constate des adhérences intimes de la trompe non seulement à l'utérus, mais surtout à l'intestin. Ces adhérences sont tellement fortes que l'intestin est en partie déchiré sur une étendue de 4 à 5 centim. Cette déchirure n'intéresse pas la muqueuse intestinale; M. Picqué en fait avec soin la suture par 12 points séparés de fil de soie très fin. La tumeur est enlevée. Le pédicule très large est lié par 2 anses de soie croisées, mais il est tellement friable qu'il se déchire sous la ligature. Une hémorrhagie abondante qui en résulte n'est arrêtée que difficilement et après que M. Picqué, ayant repincé le pédicule rétracté dans le petit bassin, en a fait la suture en surjet avec un fil de soie. Du côté droit, les adhérences sont si intimes, qu'on ne peut songer à enlever la tumeur, et de crainte d'accidents par trop redoutables, M. Picqué s'abstient. Lavage du

péritoine. Tamponnement de Mickulicz. Suture à trois plans.

Suites de l'opération. — 2 août. Vomissements. Nausées. Constipation opiniâtre. Menace de péritonite. Pansement changé. Le 3, les symptômes péritonéaux persistent. Pouls 130. Température 38°,5. Les lanières iodoformées sont changées tous les jours. 14 août, élévation brusque de la température. Frissons, point de côté, dyspnée, symptômes de pneumonie gauche, pas d'expectoration. Le 23. Rejet sous forme de vomique d'un grand verre de pus roussâtre mélangé à un peu de sang et rappelant par ses caractères le pus d'un abcès ordinaire. A l'auscultation : signes de pleurésie ou de spléno-pneumonie (diagnostic de M. Guinon). Possibilité d'un abcès métastatique. Par la plaie abdominale, évacuation à chaque pansement quotidien d'une quantité considérable de pus. Le 27, les symptômes s'amendent, la suppuration tend à se tarir. Elle n'en persiste pas moins jusqu'au mois d'octobre, entretenue probablement par les fils de soie qui se sont infectés.

24 octobre. Élimination spontanée des fils. Le 30, suppuration complètement tarie, la fistule se comble rapidement.

12 novembre. La malade sort guérie.

A l'examen, on constate encore une tumeur dure du côté droit, mais diminuée de volume et nullement douloureuse.

(*A suivre*).

DE L'OVARIOTOMIE CHEZ L'ENFANT

Par le Dr **Aldibert**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les premières ovariotomies, pratiquées chez l'enfant, sont dues, croyons-nous, à Jouon (1) et à Bryant (1869). Leur nombre est d'abord resté assez restreint, puisqu'en 1878, Schwartz n'en recueillait que cinq cas ; il est vrai que, la même année, Hennig (2) en réunissait douze dont neuf chez des sujets de 12 à 15 ans avec six guérisons et trois chez des

(1) Nous ne donnerons comme renseignements bibliographiques que ceux qui ne se trouvent pas dans nos tableaux.

(2) Hennig. *Handb. für Kinderheilk.*, 1878.

fillettes de 3 à 8 ans avec deux succès. Les interventions se multiplient ensuite. Chenoweth en collige 15 cas, en 1882; Rœmer, l'année suivante, en ajoute quelques autres et, tout récemment (février 1893), Croom en cite trente. Comme aucun travail français n'a paru, à notre connaissance, sur cette matière; comme, d'autre part, plusieurs observations rapportées par les auteurs précédents concernent des tumeurs ovariennes constatées à l'autopsie et non pas opérées, nous avons cru utile, après vérification des faits, de publier les résultats de nos recherches.

Nous diviserons ce travail en deux parties; la première sera consacrée aux interventions pratiquées pour des kystes ovariques et la seconde à celles qui ont été dirigées contre des tumeurs ovariennes proprement dites. Disons tout de suite que nous ne ferons entrer dans notre statistique que des enfants n'ayant pas dépassé 14 ans, époque moyenne d'apparition de la puberté.

A. — Kystes de l'ovaire.

Il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil rapide sur l'histoire clinique des kystes de l'ovaire chez l'enfant, car on y trouve quelques particularités intéressantes. Nous verrons ensuite ce qui concerne l'opération en elle-même.

I. — **Clinique.** — Nous ne pouvons mieux faire que renvoyer au remarquable ouvrage de MM. Lannelongue et Achard (1) pour la pathogénie et l'anatomie pathologique de ces kystes. On y verra que la plupart d'entre eux sont de nature dermoïde et que Lebert, Pauly et Pigné en avaient déjà collationné un certain nombre chez des enfants, voire même chez des fœtus à terme ou de huit mois. On y constatera, à côté des dermoïdes, une autre classe de kystes congénitaux. Ceux-ci sont dus, probablement non pas à une hydropisie des follicules de de Graaf (qui existe bien, mais « ne

---

(1) Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*. Asselin 1886, Paris.

paraît pas être le point de départ de tumeurs ovariennes véritables »), mais au développement d'un épithélioma mucoïde, (Malassez et de Sinéty) ; ce sont donc des kystes prolifères analogues à ceux des adultes.

Ils sont congénitaux ; mais si dans quelques cas on les observe dès la naissance (Rœmer, obs. 1) ou quelques mois après (2 mois, Neville, obs. IV), ils restent le plus souvent silencieux pendant une durée variable, qui, on le sait, peut être très longue. Non moins latente est ordinairement la seconde période de leur évolution, celle qui correspond à l'existence d'une tumeur intra-pelvienne. Dans aucune de nos observations, en effet, nous ne voyons signalés ces douleurs pelviennes ou névralgiques voisines, ces troubles vésicaux ou rectaux qui, chez l'adulte, sont si communs. Nous ne prétendons pas qu'on n'observe jamais ces symptômes, car Bouchacourt (1), entre autres, a vu, chez une fillette de 5 ans et demi, un de ces kystes s'ouvrir dans le rectum ; mais nous faisons remarquer leur rareté relative. Elle est due, croyons-nous, à ce que le kyste, par le fait soit de la position plus élevée de l'ovaire, soit des faibles dimensions du pelvis chez l'enfant, perd rapidement son droit de domicile dans le bassin et se porte dans la grande cavité abdominale. Ce qui corrobore encore cette manière de voir, c'est l'existence, notée dans un grand nombre d'observations, d'un pédicule très long et très mince.

Des douleurs du côté de l'abdomen, plus fréquemment le développement progressif du ventre ou la constatation fortuite d'une tumeur, décident les parents à présenter l'enfant au médecin. A cette troisième période, le kyste devenu intra-abdominal, se manifeste par les signes ordinaires, classiques des kystes de l'ovaire, sur lesquels nous n'insistons pas. Constatons toutefois que la fluctuation y est bien inconstante ; que l'on trouve parfois des tumeurs de consistance solide ou qu'à côté de points nettement fluctuants la main peut sen-

(1) Bouchacourt, in Kœberlé. *Dict. méd. chir. prat.*, art. Ovaire, vol. XV, p. 520.

tir des parties absolument indurées de résistance osseuse (K. Thornton, obs. VIII); cela n'a rien d'étonnant puisque la majorité de ces kystes est de nature dermoïde. La mobilité excessive de la tumeur est aussi notée dans beaucoup de cas : chez la malade de Thornton (obs. VIII) celle-ci changeait de côté lorsque l'enfant modifiait son décubitus ; chez la fillette de Griffiths (obs. XXI) elle pouvait être aisément déplacée dans un flanc ou dans l'autre, vers le pelvis ou l'épigastre, et on sentait, dans ce dernier cas, une corde tendue qui, partant du néoplasme, s'enfonçait dans le bassin. Cette extrême mobilité est encore rapportée dans les observations de Duchamp (XV), Barlow (XXII), Muralt (XXVII) et Casuso (XXIX) ; mais hâtons-nous d'ajouter qu'elle est très inconstante et qu'elle ne constitue pas un symptôme spécial aux kystes de l'enfant. Sa fréquence plus grande que chez l'adulte indique simplement que les adhérences avec les viscères voisins paraissent s'y rencontrer moins souvent. Disons en terminant que, si l'on est privé du toucher vaginal, dans l'examen local, on peut et on doit pratiquer le toucher rectal pour constater l'indépendance réciproque de l'utérus et de la tumeur et pour reconnaître le côté point de départ de l'affection. Il sera, en outre, toujours utile, parfois indispensable, de faire l'examen pendant le sommeil chloroformique.

Abandonné à lui-même, le kyste continue à se développer et on peut le voir, dans certains cas, prendre des proportions étonnantes pour cet âge. La circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic, atteint 72 cent. chez l'enfant de 30 mois de Hooks (III), 83 cent. chez celle de 4 ans de Schwartz (VI), 102 et 110 cent. chez celles de 7 ans et de 13 ans de Chenoweth (XII) et de Terrillon (XXXI) ; enfin la petite malade de 12 ans et demi de Jouon (XXIV) avait un ventre du volume d'une *grossesse gémellaire à terme*. Cette augmentation énorme de l'abdomen ne va pas sans s'accompagner de troubles respiratoires très marqués ; c'est ainsi que les fillettes de Hooks, d'Hamaker (IX) éprouvaient une intense dyspnée, que celle de Chenoweth ne pouvait plus rester couchée

depuis trois mois et que Fawcett Battye (1), en 1860, a rapporté le cas d'une enfant de 12 ans qui mourut asphyxiée par son kyste.

C'est dans ces conditions, à cette période ultime, que l'on voit apparaître cette émaciation, cette cachexie ovarienne, qui n'est pas spéciale à l'adulte, car nous la retrouvons dans les observations précitées de Hooks, de Barlow, d'Hamaker, de Chenoweth et de Jouon, et qui entraîne nécessairement la mort comme Thomas (2), Schnabel, Kloss, Nysten (3) en rapportent des cas que l'on n'avait pas opérés.

L'évolution de ces kystes, fatale donc lorsqu'elle n'est pas arrêtée par une intervention chirurgicale, peut être troublée par quelques complications dont nous devons indiquer la possibilité chez l'enfant. Signalons tout d'abord, sans y insister, la coexistence soit d'une pleurésie (Terrillon), soit de l'ascite (Chenoweth, Duchamp) dans des cas de simples kystes sans apparence de malignité. Plus graves dans leur conséquence sont les accidents dont il nous reste à parler, la torsion du pédicule et la rupture du kyste. La première a été observée par Cavafy (XXXII) qui intervint heureusement quelques jours après cette torsion, en plein début de péritonite, et trouva avec un pédicule tordu un kyste plein de sang avec commencement de gangrène. Quant à la rupture de la poche, Jenkins (4) et Beale (5) nous en rapportent deux cas, suivis de péritonite mortelle ; le dernier surtout est plein d'intérêt, car l'enfant n'était âgée que de six semaines.

Un dernier point enfin attirera notre attention, c'est l'influence que peuvent avoir ces kystes sur le développement précoce de la puberté. Cette influence est plus manifeste dans les cas de tumeurs ovariennes ; mais elle existe aussi pour les simples kystes et nous en trouvons trois observa-

(1) Fawcett Battye. *The Lancet*, 17 nov. 1860, p. 489.

(2) Thomas. *Americ. J. of obst.*, 1880, p. 118.

(3) Schnabel, Kloss, Nysten, in Kœberlé, *loc. cit.*, p. 518 et 519.

(4) Jenkins. *Americ. J. of obst.*, 1880, p. 383.

(5) Beale. *British m. J.*, 12 déc. 1891.

tions parmi celles que nous avons recueillies. Les deux premières, il est vrai, sont discutables car elles concernent des enfants d'un âge déjà avancé. Ainsi la fillette de Baumgarten (obs. XXXVI) réglée depuis deux ans, avait 14 ans; celle de Kollok (obs. XX), régulièrement menstruée depuis deux mois, avec des seins très développés et une voix d'adulte, avait déjà 11 ans et demi. Mais celle de Schwartz (obs. VI) est à l'abri de tout reproche car elle se rapporte à une enfant de 4 ans qui avait des menstrues absolument régulières et un utérus du volume de cet organe à vingt ans. Cette précocité de la puberté peut donc exister dans les kystes de l'ovaire, mais comme elle est plus fréquente dans les cas de tumeur, nous y reviendrons plus tard.

Le diagnostic des kystes de l'ovaire, chez l'enfant, est quelquefois entouré des plus grandes difficultés. Nous n'en voulons pour preuves que les observations de Dickinson (1) où on laisse mourir une fillette de dix ans, croyant à un sarcome du rein; celle de Jouon (XXIV) qui opère sa malade, par la méthode de Récamier, pour un kyste hydatique du foie supposé; celle de Chenoweth (XII) où c'est à une péritonite tuberculeuse que plusieurs médecins croyaient avoir affaire. Ces erreurs s'expliquent du reste aisément : la rareté relative de ces kystes, la fréquence du sarcome du rein, celle encore plus grande de la péritonite bacillaire, la difficulté d'examiner directement les organes génitaux en rendent suffisamment compte. Ajoutons que souvent ce kyste, plutôt abdominal qu'intra-pelvien, n'est rattaché à son point d'origine que par un pédicule long et grêle difficile à sentir; qu'énorme parfois, il envahit les flancs, occupe tout l'abdomen, se prolonge jusque sous le foie et rien ne vient plus alors le différencier des tumeurs soit rénales, soit hépatiques. C'est donc principalement et surtout avec la péritonite tuberculeuse enkystée (2), avec les tumeurs rénales (sarcomes ou hydronéphrose congénitale) ou hépatiques (kystes hyda-

(1) Dickinson. *The Lancet*, 30 mars 1874, p. 767.

(2) Nous en avons rapporté plusieurs cas dans notre mémoire sur la *Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant*. G. Steinheil, 1892.



tiques), avec les kystes congénitaux du mésentère (1), avec l'ascite, que l'on pourra confondre les kystes de l'ovaire chez l'enfant. Ajoutons qu'il faut toujours aussi se tenir en garde contre une grossesse prématurée possible, car Croom (2) vient d'en publier plusieurs cas authentiques observés dès l'âge de huit ans. Nous n'esquisserons pas ces divers diagnostics différentiels car on les trouve dans tous les traités de pathologie. Nous rappellerons seulement la nécessité de pratiquer le toucher rectal et de faire l'examen sous le chloroforme pour éviter des chances d'erreur. Le clinicien fera aussi, dans les cas douteux, une ponction exploratrice, qui pourra parfois éclairer son diagnostic; mais ce moyen lui-même n'est pas infaillible, car l'aiguille ne donne issue que trop souvent à un liquide sans caractères spécifiques. Il faudra alors sans hésiter pratiquer une laparotomie exploratrice, qui, inoffensive, sera en outre, dans l'espèce, curative. Cette incision n'est plus à défendre; mais si elle était encore attaquée, il suffirait, pour la poser comme indication absolue, de dire que les principales affections simulatrices des kystes de l'ovaire sont comme eux justiciables de la même intervention. Voyons donc maintenant quels résultats a donnés la laparotomie dirigée contre ces kystes.

II. — **Opération**. — Avant d'examiner les 42 ovariotomies que nous avons réunies dans le tableau I, nous indiquerons les observations publiées par des auteurs antérieurs et que nous laissons de côté pour des motifs divers.

Dans la statistique de Chenoweth, qui compte 23 cas, nous en éliminons 8 qui n'ont pas été opérés, comme le dit cet auteur lui-même. On y trouve aussi deux cas attribués à Barker, qui concernent tous les deux des enfants de 6 ans et 8 mois opérées en 1871. Cette concordance de l'âge, de la date d'intervention et de l'opération suffit pour faire croire qu'il s'agit du même sujet : nous ne le comptons donc que pour un seul et même cas. La statistique de Croom est en-

(1) LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, p. 39, 428 et suivantes.

(2) CROOM. *Edinburg m. J.*, février 1893, p. 689.

core plus défectueuse, car les observations de Thomas Dickinson (1), Léopold (2), Emmet (3), Wegscheider (4) se rapportent à des examens nécropsiques et non à des ovariotomies : celle de Lee et Robert (5) doit probablement rentrer dans ce même groupe. Celle de Mears (6) concerne à peu près sûrement l'opérée de Barker de 1871 ; enfin les cas de Thornton (7), de Boldt (8), d'Ewens (9), de Peaslee (10), de Schultze (11), que nous n'avons pu retrouver, sont par nous abandonnés. Nous ajouterons que Thornton (12) a présenté le 17 février 1874 à la Société médico-chirurgicale de Londres un kyste dermoïde enlevé à une fillette de 8 ans ; ne sachant pas si ce cas n'est pas le même que celui opéré par Spencer Wells le 5 janvier 1874, nous les confondrons et les compterons pour un seul (obs. XIII).

Au point de vue de l'âge, nos 42 observations nous donnent :

De 20 mois	à	3 ans	....	5 cas
4	—	6 —	....	1 —
7	—	9 —	....	11 —
10	—	12 —	....	7 —
13	—	14 —	....	18 —

Le maximum de fréquence est donc incontestablement aux approches de la puberté ; remarquons cependant que cinq concernent des enfants d'un an et demi à trois ans.

La date de début de l'affection n'est signalée que dans

(1) Thomas, Dickinson. *Loc. cit.*

(2) Léopold. *Archiv. f. Gynæc.*, 1874, 189. Tumeurs malignes, obs. 31 et 32.

(3) Emmet. *Americ. J. of obst.*, juillet 1881.

(4) Wegscheider, in Leopold. *Loc. cit.*, obs, 20 (tumeur maligne).

(5) Lee et Robert. *Medico-chir. Transact.*, 1860 ; enfant de 12 ans.

(6) Mears. *Phil. med. Times*, 1er nov. 1871 ; enfant de 6 ans 8 mois.

(7) Thornton. *Medico-chir. Transact.*, 1887, vol. LXX ; enfant de 4 ans.

(8) Boldt. *Proc. Path. Soc. New-York*, 1888 ; enfant de 4 ans.

(9) Ewens, in Croom, non publiée ; pas de détails, enfant de 7 ans.

(10) Peaslee. *Ovarian tumors*, p. 59. Enfant de 9 ans.

(11) Schultze. *Deutsch. f. Zeitsch. f. Prakt. med.*, 1876 ; enfant de 12 ans.

(12) Thornton. *The Lancet*, 28 février 1874, p. 300.

20 cas ; dans trois elle remontait à 2 ans ou au-dessus (2 ans, 2 ans et 9 mois, 8 ans) ; dans sept, à un an ou un an et demi ; dans cinq, à 6 ou 10 mois ; dans trois, à 4 mois seulement environ ; enfin dans deux cas, il est dit que le développement du kyste était de date récente. N'en concluons pas que ces kystes ne sont pas congénitaux. Ces faits montrent seulement qu'ils restent latents pendant une période plus ou moins longue ; qu'une fois constatés, ils se développent en général lentement en un an ou un an et demi, quelquefois plus ; mais qu'ils peuvent aussi en peu de temps augmenter beaucoup de volume. Ceci est important à signaler, car le diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes n'en est pas simplifié.

Comme accidents antérieurs nous rappellerons la torsion du pédicule, dans le cas de Cavafy (XXXII) qui opéra avec succès au début de la péritonite consécutive et trouva un kyste en voie de sphacèle. Notons l'observation rapportée par notre excellent maître M. le professeur Terrier (XXXVIII) où une ponction évacuatrice infectante avait été pratiquée en ville et avait donné lieu à des accidents péritonitiques dus à la suppuration du kyste ; la malade guérit fort bien. Schwartz enfin (VI), chez son enfant de 4 ans très débilitée, en proie à une fièvre intense, vit la température tomber dès l'intervention et la guérison se maintenir.

Très mauvais était l'état général chez les malades anémiées et émaciées d'Hamaker (IX) et de Chenoweth (XII) ; cette dernière surtout excessivement amaigrie, avec de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, une dyspnée qui depuis trois mois empêchait tout décubitus, était dans un état lamentable ; condamnée par plusieurs médecins qui pensaient à une tumeur maligne ou à une tuberculose péritonéale et devant un état général si médiocre, étaient tous opposés à l'intervention, elle ne guérit pas moins parfaitement et sans accidents après la laparotomie.

Dans plusieurs cas, des ponctions soit exploratrices, soit évacuatrices ont été pratiquées. Nous avons dit que les premières n'ont pas toujours éclairé le diagnostic ; quant aux

secondes, faites pour parer à des accidents dyspnéiques (Hamaker), elles ont été suivies rapidement d'un égal développement du kyste.

Parmi les particularités opératoires intéressantes à signaler, nous noterons, sans nous y arrêter, la longueur parfois assez grande qu'on a été obligé de donner aux incisions (Chenoweth, par exemple, a sectionné de la symphyse jusque très près du sternum). Elle reconnaît pour cause la difficulté que l'on a de vider les contenus souvent demi-solides de ces kystes. La même raison obligea Schwartz à détruire les cloisons intérieures de son kyste multiloculaire pour pouvoir énucléer la tumeur; elle força encore Black (X) à inciser franchement et largement la poche pour évacuer ce qu'elle renfermait, l'enfant étant placée dans le décubitus dorsal.

Des adhérences étendues nécessitant une longue et pénible dissection ont été quelquefois des complications bien plus sérieuses. Laissons de côté le cas de Jouon qui, ayant provoqué ces adhérences par l'emploi des caustiques, ne put tout d'abord les détacher et fut obligé de perforer avec la main la paroi postérieure du kyste pour pouvoir l'énucléer en le disséquant d'arrière en avant; il avait, nous l'avons dit, posé d'abord le diagnostic de kyste hydatique du foie. Le plus souvent, les adhérences, soit avec l'épiploon, soit avec la paroi, ont été faciles à rompre; d'autres fois, au contraire, elles ont été très pénibles à détacher. Telles sont, par exemple, les deux observations de Hooks (III) et d'Alcock (V) où la dissection fut des plus laborieuses, des plus longues, et produisit une hémorrhagie notable; telle encore celle de Keith (XXXVII) qui ne put se rendre maître de cet écoulement sanguin en nappe et referma le ventre après une hémostase incomplète; les deux premières succombèrent au shock, la troisième eut quelques jours la fièvre, mais se rétablit tout de même.

Quant au pédicule, il a été le plus souvent, après ligature, abandonné dans l'abdomen; par exception, il a été fixé à l'angle inférieur de la plaie (obs. XII); dans ce même cas et dans l'observation X, on a aussi employé le drainage.

La durée opératoire n'est pas sans importance, surtout chez l'enfant. Malheureusement, bien des auteurs sont muets sur ce point. Dans les cas où cette durée est signalée, nous voyons que si parfois elle n'a pas dépassé 15', 30', 45', elle a, d'autres fois, atteint sans inconvénient 55' (obs. XXXVII), et une heure (obs. VIII). Les très jeunes paraissent cependant mal supporter ces longues opérations, car sur trois observations suivies de mort, les concernant, les trois décès sont attribués au shock produit par la longue et pénible dissection du kyste.

Passons à l'examen des tumeurs enlevées. Sur 27 observations détaillées, nous trouvons 17 kystes dermoïdes et 10 présentés avec la rubrique multiloculaires (5 cas), pauciloculaires (2 cas), uniloculaires (3 cas). Les descriptions étant souvent insuffisantes, nous ne tirerons aucune conclusion de la fréquence relative de ces divers kystes ; il ressort cependant de cette statistique que les dermoïdes sont bien plus souvent observés, ce qui est classique. Citons, comme curiosité, le cas de Baumgarten (XXXVI) où cet auteur trouva un kyste avec tuberculose de la poche dont la guérison se maintenait encore six mois après.

Quant au siège, 10 se trouvaient à droite, 6 à gauche ; deux fois les kystes étaient bilatéraux et ont nécessité une double ovariotomie (obs. XX et XXXIII).

Le poids des tumeurs enlevées est très variable ; si les unes n'ont que le volume de deux poings ou d'une tête d'enfant, ou pèsent 2, 4 kilogr., d'autres atteignent des proportions considérables pour de jeunes sujets. Notons par exemple, les poids de 6 kilogr. (enfant de 13 ans, Terrier), 16 livres et demi (Chenoweth, enfant de 7 ans), 17 livres (Keith, Terrillon, enfant de 13 ans), et même 20 livres (Jouon, enfant de 12 ans).

Terminons cette étude par l'examen du point le plus important, nous voulons parler des suites opératoires.

Comme complications post-opératoires immédiates, nous signalerons les troubles gastriques (?), avec éructations, vomissements verdâtres, température élevée, qu'observa

Kœberlé, le huitième jour, sur son opérée, et qui disparurent par le lavage régulier de l'estomac. Plus éloignées sont celles rapportées par Lawson Tait (obs. XXXIX); huit mois après avoir enlevé un kyste de l'ovaire, il vit se reproduire deux tumeurs pelviennes avec fièvre et il fit avec succès une seconde laparotomie où il trouva deux collections péritonéales suppurées enkystées.

Comme résultats généraux, nous avons sur 42 observations, 5 morts, ce qui donne une mortalité générale de 11,9 0/0. Il est plus intéressant de savoir quelle est la proportion de léthalité aux diverses périodes de l'enfance. Or, notre statistique, à ce point de vue, nous fournit les renseignements les plus précieux : nous y voyons, en effet, que chez les enfants d'un an et demi à 3 ans, l'intervention a été, sur cinq cas, suivie quatre fois d'une terminaison fatale (ce qui donne une mortalité de 80 0/0), tandis que de 4 à 12 ans, sur 37 opérations, il n'y a eu qu'un décès (soit 2,7 0/0). La différence est énorme, nous n'avons pas besoin d'y insister.

Quelles sont les causes de mort? Nous laissons de côté les observations II et XXX sur lesquelles nous n'avons aucun détail à ce sujet. Restent les observations III, IV et V qui concernent toutes des enfants en bas âge. Toutes les trois sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres : dans toutes, les opérateurs se sont trouvés en présence de kystes avec adhérences très étendues, qui ont nécessité une longue et pénible dissection, et les trois malades ont succombé au shock opératoire, 2 heures (obs. IV), 24 heures (obs. III), ou 48 heures après (obs. V). De ces données, il nous est possible de conclure que si les enfants du premier âge supportent l'ovariotomie (Küster a opéré avec succès un baby de 20 mois), ils ne résistent pas au shock produit par de laborieuses interventions.

Il nous reste un dernier point à examiner, celui de savoir quelle est l'influence de l'ovariotomie sur le développement de l'individu et sur la menstruation. Nous pouvons dire que l'opération n'entraîne aucun arrêt de développement, car après elle, on voit, au contraire, l'état général se relever et

la croissance continuer son cours. Bien plus, elle ne paraît retarder en rien l'apparition de la puberté et des premières règles ; en effet, l'opérée de notre excellent maître, M. le professeur Terrier, a vu sa menstruation s'établir quatre mois après l'intervention chirurgicale, et évoluer ensuite normalement. Quant à l'ovariotomie double, nous pouvons dire que chez la petite malade de Kollock (la seule pour laquelle nous ayons des renseignements), si les règles n'avaient pas reparu dix mois après l'opération, son développement n'avait été en rien troublé.

De l'examen de tous les faits précédents, nous croyons pouvoir conclure que :

On observe chez l'enfant, même très jeune, des kystes de l'ovaire qui sont, pour la plupart, mais non exclusivement, des kystes dermoïdes ;

Ils ont la même évolution que chez l'adulte, entraînent les mêmes troubles locaux et généraux, et sont sujets aux mêmes accidents (torsion du pédicule, rupture).

Leur physionomie clinique est un peu spéciale ; comme, le plus souvent, ils paraissent habiter peu de temps le petit bassin, la période de symptômes intra-pelviens est en général latente ; ils constituent donc surtout des tumeurs abdominales, et à ce titre, ils peuvent être principalement confondus, soit avec des péritonites tuberculeuses enkystées, soit avec des tumeurs du foie ou du rein.

L'ovariotomie s'impose chez l'enfant, comme chez l'adulte. Elle donne une mortalité opératoire générale de 11,9 0/0 ; le pronostic en est très bénin au-dessus de trois ans, puisque cette mortalité tombe à 2,7 0/0.

On ne peut cependant tirer aucune contre-indication absolue de l'âge ; il est toutefois évident que les enfants tout jeunes, d'un an et demi à trois ans, supportent mal les laborieuses interventions, puisqu'ils fournissent les 4/5 des décès. Le pronostic opératoire sera donc très assombri chez eux par l'existence de kystes largement adhérents aux parties voisines.

OBSERV.	BIBLIOGRAPHIE.	DATE DE L'OPÉRAT. — OPÉRATEUR	AGE	DATE DE DÉBUT	PONCTIONS, ACCIDENTS ANTÉR.	CIRC. ABD.	OPÉRATION DIFFICULTÉS, DURÉE	TUMEUR NATURE, POIDS	RÉSULTAT
I.	RŒMER, *Deut. med. Woch.*, 1883, 762.	Küster 28 août 1888.	20 m.	Dès naiss.	1 ponct. 800cc liq. album.	—	Facile. Pédic. perdu. Incis. sous-ombil.	Vol. tête d'enfant. Dermoïde dr.	G.
II.	BUSCH, in CHENOWETH.	—	2 ans.	—	—	—	—	—	M.
III.	HOOKS, *Amer. J. of obst.*, 1886, 1022.	26 juil. 1886.	30 m.	12 m.	6 ponct. quelques onces liq. coloré.	72 cm	Adhér. à épipl. et paroi étendues. Hémorrh. nappe.	Dermoïde g. 9 1/2 livres.	M. Shock.
IV.	NEVILLE, *Brit. M. J.*, 1880, févr., 246.	Kidd.	2 a. 11 m.	2 ans. 9 m.	—	—	Longue, pénible.	Dermoïde.	M. Shock.
V.	ALCOCK, *The Lancet*, 1871, II, 850.	—	3 ans.	18 m.	2 ponct. liquide avec cholestérine.	—	Adhér. partout. Opér. très pénible.	Multiloculaire.	M. Shock.
VI.	SCHWARTZ, *Archiv. f. Gynæk.*, 1878, 475	juillet 1878.	4 ans.	Récent	1 ponct. liq. sans caractères. Débilitée, fièvre. Réglée, utérus volum.	83 cm	Incis. sus et sous-omb. Adhér. épipl. large. Pédicule perdu.	Colloïde multiloc. 4 kilogr.	G.
VII.	BARKER, in *Cupples*.	1871.	6 a. 8 m.	—	—	—	—	Kyste.	G.
VIII.	K. THORNTON, *British M. J.*, déc. 1881, 938.	14 avr. 1881.	7 ans.	10 m.	1 ponct. liq. visqueux. Bon état gén.		Incis. 6 pouces. Tumeur mobile. 1 heure.	Dermoïde. 2 k. 100.	G.
IX.	HAMAKER, *N.-York M. J.* sept. 1889, 288.	3 janv. 1889.	7 ans.	9 m. —	1 ponct. liq. noirâtre. Emaciation, dyspnée.	—	Adhér. légères.	Pauciloculaire. Dr.	G.
X.	BLACK, *The Lancet*, 1892, I, 611.	1er mai 1892.	7. a. 1/2.	—	Bon état général.	—	Kyst. largem. incis. Pas d'adhér. Drain.	Dermoïde vol. de fœtus à terme.	G.

OBSERV.	BIBLIOGRAPHIE	DATE DE L'OPÉRAT. — OPÉRATEUR	AGE	DATE DE DÉBUT	PONCTIONS ACCIDENTS ANTÉR.	CIRC. ABD.	OPÉRATION DIFFICULTÉS, DURÉE.	TUMEUR NATURE, POIDS.	RÉSULTAT
XI.	CUPPLES, *Richm. et Louisv. M. J.*, déc. 1874.	26 juil. 1874.	7 a. 1/2.	—	—	—	—	Kyste.	G.
XII.	CHENOWETH, *Americ. J. of obst.*, 1882, 625.	mars 1882.	7 a. 8 m.	10 m.	Emaciation, dyspnée. Œdème membres inf. Ascite, 1 ponct.	102 cm	Très longue incis. Adhér. épipl. molles. Pédic. fixé à plaie. 30 min.	Multiloculaire. 16 1/2 livres, Dr.	G. Anurie. 48 h.
XIII.	SPENCER WELLS, *Brit. M. J.*, 1874.	5 janv. 1874.	8 ans.	—	—	—	—	Kyste séreux ?	G.
XIV.	MACKENZIE, *Dublin J. of med. Sc.*, oct. 1888.	—	8 ans 1/2.	6 m.	—	60 cm	Adhér. légères.	Dermoïde.	G.
XV.	DUCHAMP, *Arch. Tocologie*, 1884, 23.	25 avr. 1883.	8 ans 1/2.	—	Nuls. Tumeur très mobile, ascite.	—	Facile. Pédic. perdu. Arrêt respir. s. chlorof.	Uniloculaire g.	G.
XVI.	POLOTEBNOFF, *Cent. f. Gynæk.*, 1887, 373.	Lebedew.	9 ans.	2 ans.	Douleurs abd.	64 cm	—	Dermoïde 2 k.	G.
XVII.	LEBEDJEFF, *Vratch*, 1889, 196.	—	9 ans.	—	—	—	—	K. dermoïde et K. séreux.	G.
XVIII.	OMORI et IKEDA, *Cent. f. Gynæk.*,	29 mai 1891.	10 a. 2 m.	—	—	—	15'.	Dermoïde dr.	G.
XIX.	M'GRAW, *N.-Orleans M. J.*, sept. 1877.	12 septemb. 1876.	11 ans.	4 m.	1 ponct. liq. séro-sanguin.	—	—	Kyste, vol. tête fœtus.	G.
XX.	KOLLOCK, *New-York M. J.*, 1901, déc. 799	16 janvier 1901	11 a. 8 m.	—	Réglée, seins développés, très	—	Ovariotomie double facile.	Kyste g. 12 livres. Kyste dr. 7 livres.	G.

OBSERV.	BIBLIOGRAPHIE	DATE DE L'OPÉRAT. — OPÉRATEUR	AGE	DATE DE DÉBUT	FONCTIONS ACCIDENTS ANTÉR.	CIRC. ABD.	OPÉRATION DIFFICULTÉS, DURÉE	TUMEUR NATURE, POIDS	RÉSULTAT
XXI.	GRIFFITHS, *The Lancet*, 1876, II, 750.	25 oct. 1886.	12 ans.	8 ans.	Tumeur excessivement mobile, dure.	—	Pédicule perdu. Facile.	Dermoïde g.	G.
XXII.	BARLOW, *The Lancet*, may 1878, 684.	How. Marsh 10 août 1877.	12 ans.	8 m.	2 ponct. Tumeur très mobile.	—	—	Dermoïde dr.	G.
XXIII.	HEINRICIUS, *Archiv. obst. et Gynéc.* 1889, 29.	—	12 ans.	—	—	—	—	K. colloïde dr. vol. des deux poings.	G.
XXIV.	JOUON, *Gaz. hebd.*, 1869, 396.	15 mars 1869.	12 a. 1/2.	18 m.	Amaigrissement extrême. Cru k. hydatiq. foie.	Gross. gém. à terme.	Adhérences très étendues. perfor. du kyste p. énucléat.	Pauciloculaire g. 10 kil.	G.
XXV.	KEITH, *The Lancet*, avril 1876, 562, stat. nº 50.	juin 1876.	13 ans.	—	—	—	Adhér. épipl. légères.	—	G.
XXVI.	KŒBERLÉ, *Arch. Tocol.*, 1876.	—	13 ans.	Récent	Réglée.	—	Facile.	Multiloc. dermoïde.	G.
XXVII.	MURALT, *Corr. f. Schw. Aertze*, 1884, 299.	—	13 ans.	—	Très mobile. Bon état gén.	—	Facile.	Dermoïde.	G.
XXVIII.	BELL, *The Lancet*, 1887, I, 418.	28 août 1886.	13 ans.	4 m.	Nuls.	80 cm	Adhérences épipl. légères.	Uniloculaire dr.	G.
XXIX.	CASUSO, *Archiv. obst. et Gynéc.*, 1890, 400.	—	13 ans.	18 m.	Tumeur dure, mobile.	—	Adhér. épipl.	Dermoïde.	G.
XXX.	VAN DER HŒWEN, in CUPPLES.	juin 1874.	13 ans.	—	—	—	—	Kyste.	M.
XXXI.	TERRILLON, *Bull. th.* 1888, 538, cas 19.	17 avr. 1888.	13 ans.	1 an.	Pleurésie, augmentation rapide.	110 cm	Adhér. à épipl. hypertr. très vascul. 35'.	Multiloculaire g. 17 livres.	G.

OBSERV.	BIBLIOGRAPHIE	DATE DE L'OPÉRAT. — OPÉRATEUR	AGE	DATE DE DÉBUT	PONCTIONS ACCIDENTS ANTÉR.	CIRC. ABD.	OPÉRATION DIFFICULTÉS, DURÉE	TUMEUR NATURE, POIDS	RÉSULTAT
XXXII.	CAVAFY et HAWARD, *The Lancet*, may 1886, 920.	9 juin 1885.	13 a. 9 m.	Quelq. mois.	Pépicule tordu ; début de péritonite.	—	Facile.	Dermoïde dr. début de gangrène.	G.
XXXIII.	TH. BRYANT, in CUPPLES.	juillet 1869.	14 ans.	—	—	—	Ovariotomie *double*.	Kyste.	G.
XXXIV.	MUNDÉ, in CHENOWETH.	Thomas 1877.	14 ans.	—	Electrisée sans résultat.	—	—	Dermoïde.	G.
XXXV.	HOMANS. in BIGELOW, *Am. J. of obst.* 1882, cas 55.	25 juil. 1881.	14 ans.	—	—	—	Facile.	Kyste, 11 liv. 3/4.	G.
XXXVI.	BAUMGARTEN, *Arch. f. Path. Anat.*, 1884.	Dohrn. 26 mai 1883.	14 ans.	—	1 ponct. paralbumine.	—	—	Kyste ov. avec tub. de la poche.	G. 6 mois après.
XXXVII.	KEITH, *Edinb. M. J.*, 1883-4, 202, 306, observ. V.	—	14 ans.	—	Poussées douloureuses.	—	Adhér. très étend. Hémorrh. abondante. 55'.	Kyste.	G.
XXXVIII	TERRIER, *Rev. Chir.*, 1885, 12, obs. 56.	18 janvier 1883.	14 ans.	1 an.	1 ponct. douleurs abd., poussées de péritonite.	—	Adhér. épiploïques et fosse iliaque. 30'.	Uniloculaire g. Suppuré.	G.
XXXIX.	LAWSON TAIT, *British M. J.*, mai 1886.	juillet 1884.	14 ans.	—	—	—	2e lapar. en 85 pour péritonite supp. enk.	Kyste.	G.
XL.	OMORI, *loc. cit.*, obs. 61.	3 déc. 1890.	14 ans.	—	—	—	45'.	Dermoïde dr.	G.
XLI.	USIGLIO, *Rev. Sc. med.* Venezia, 1890, 221.	—	14 ans.	—	—	—	—	Kyste.	G.
[illegible]	[illegible]	27 janvier [illegible]	14 ans	—	—	—	—	Kyste.	G.

B. — **Tumeurs de l'ovaire.**

Nous avons pu rassembler treize interventions pour des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant ; elles se décomposent ainsi :

a. *Tumeurs malignes* : 2 Kystes dermoïdes (1) avec dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse.
6 Sarcomes ou cysto-sarcomes.
3 Carcinomes.
1 De nature indéterminée.

b. *Tumeurs bénignes* : 1 Fibro-myôme.

Ces observations sont malheureusement très incomplètes tant au point de vue clinique, qu'à celui des suites éloignées de l'opération ; nous ne pouvons donc que très brièvement exposer les particularités saillantes qu'elles présentent.

a. **Tumeurs malignes**. — Sous le rapport de l'âge des opérées, nous trouvons :

1 cas à 4 ans.
6 cas de 7 à 9 ans.
5 cas de 10 à 14 ans.

La plus grande fréquence des interventions est donc de 7 à 9 ans.

Dans tous les cas, sauf un (obs. X), le néoplasme avait quitté le bassin et envahi la grande cavité abdominale. Presque toujours, il s'est présenté avec les caractères d'une tumeur dure, élastique, non fluctuante (sauf dans l'obs. XI, où un kyste dermoïde en dégénérescence carcinomateuse était solide en haut et fluctuant en bas). Cette absence de fluctuation est un bon signe de tumeur solide ; mais elle est loin d'être caractéristique, car elle peut faire défaut, nous l'avons vu, dans les kystes dermoïdes et on en conçoit d'autre part la possibilité dans les sarcomes ou carcinomes kystiques.

L'ascite, l'œdème de la paroi et des membres inférieurs, la pleurésie ont aussi des symptômes fréquents dans les tumeurs malignes. Aucune de nos observations ne mentionne ces derniers ; quant à l'ascite, Croom et Malins l'ont bien

(1) Nous plaçons ici ces deux cas, quoique se rapportant à des kystes dermoïdes, parce que les éléments sarcomateux ou carcinomateux constituaient la masse principale de la tumeur.

rencontrée dans le cours de leur intervention, mais en quantité si minime qu'elle n'était pas cliniquement diagnosticable. Seuls, le développement rapide de l'affection ou l'altération de l'état général, pouvaient, dans les cas que nous rapportons, faire penser à un néoplasme ; et encore, ces deux signes ont-ils parfois fait défaut.

. Un point plus intéressant et spécial à l'enfant, sur lequel Clément Lucas a attiré le premier l'attention, doit nous retenir un instant, nous voulons parler de l'influence que peut avoir l'existence d'une tumeur ovarienne sur l'apparition de la puberté. Nous avons déjà vu que les kystes pouvaient s'accompagner d'une menstruation précoce et si les deux cas de Baumgarten et de Kollock sont sujets à caution, celui de Schwartz est au contraire très démonstratif. Nous en retrouvons trois autres cas ici. Celui de Malins (VII, enfant de 9 ans) est moins probant puisqu'il n'existait que des pertes irrégulières ; mais ceux de Lucas (III) et de Croom (IV) qui concernent des enfants de 7 ans, sont indubitables. Non seulement, en effet, les menstrues revenaient périodiquement, mais il y avait encore tous les autres signes de la puberté (développement des seins et du système pileux, augmentation du volume de l'utérus.....). En somme, si les observations de puberté précoce liée à l'existence de tumeurs ovariennes ne sont pas nombreuses, il n'en existe pas moins quelques cas bien authentiques. On pourrait croire, il est vrai, qu'il ne s'agit que d'une simple coïncidence ; mais nous ne le pensons pas. On voit, en effet, dans les cas de Schwartz, de Lucas et de Croom, qu'après l'extirpation de la tumeur ovarienne, il se produit une espèce de régression dans la sphère génitale ; elle se traduit par la suppression de la menstruation et, ce qui est plus catégorique, par la diminution de volume de l'utérus et des organes génitaux externes, qui reprennent leurs caractères infantiles. Il nous paraît donc démontré que les néoplasmes ovariens peuvent dans certains cas, rares il est vrai, faire développer une puberté précoce.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic différentiel de ces tumeurs malignes, car on peut les confondre avec toutes les affections déjà citées qui simulent les kystes ova-

riques. Pour les distinguer de ces kystes eux-mêmes, nous ne pouvons que répéter ce qui se trouve partout, à savoir que le diagnostic de tumeur maligne repose surtout sur la présence de l'ascite, le développement rapide de l'affection, l'amaigrissement et l'altération grave de l'état général avec une petite tumeur, l'œdème de la paroi ou des jambes, enfin la coexistence d'un épanchement pleural. Qu'il nous suffise de rappeler que chacun de ces symptômes peut faire défaut et que c'est sur leur ensemble que doit se baser le clinicien.

Passons à l'intervention ; nous ne nous étendrons pas sur l'opération elle-même, sur la longueur de l'incision, qui a été parfois très grande (Croom est arrivé jusqu'à un demi-pouce de l'appendice xiphoïde). Il nous suffira encore de dire que si dans quatre cas les adhérences ont été nulles ou très légères, elles ont, dans deux autres observations, nécessité une longue et pénible dissection ; dans celle de Latta (obs. I) l'opération resta incomplète, et la tumeur ne put être que partiellement pédiculisée. Ces complications, nous le verrons, assombrissent beaucoup le pronostic opératoire.

Nous avons déjà signalé la nature des tumeurs ; pour leur poids, les plus grosses étaient de six livres (obs. I, IV); enfin dans un cas, Croom (obs. IX) trouva et enleva les deux ovaires sarcomateux.

Quels sont les résultats immédiats de ces interventions ? Sur 12 cas, nous voyons 7 guérisons opératoires et 5 morts, soit 41,6 0/0 de mortalité. La malade de Jessop succombe à une hémorrhagie interne vingt minutes après l'opération et à son autopsie on trouve des noyaux cancéreux dans le foie et les ganglions du mésentère; celles de Wagner (obs. X) et de Latta meurent 24 heures après des opérations très laborieuses et même incomplètes, pour le dernier cas dont le décès est attribué à un carcinome septique (?) ; la fillette de Malins, opérée en plein début de péritonite, est emportée par les progrès de la même complication ; celle de Chenoweth succombe 48 heures après sans que l'auteur indique la cause du décès.

Il faut ajouter à cette liste déjà un peu longue, deux autres cas de mort produits par une récidive survenant 8 semaines

(Jacobsen) et deux ans après (Parkes) ; cette dernière enfant subit une seconde laparotomie pour une masse néoplasique rétro-péritonéale que Parkes rattache au pancréas mais qui pourrait bien n'être tout simplement que des ganglions mésentériques ; elle mourut de shock. La mortalité est donc portée à 7 cas sur 12, soit 58,3 0/0. Nous n'oserions même pas affirmer que cette proportion n'est pas plus élevée, car parmi nos malade guéries, une seule a été suivie assez longtemps : c'est celle de Cl. Lucas qui allait encore bien 2 ans et 9 mois après.

b. **Tumeurs bénignes.** — Un mot seulement sur cette uniqne observation de fibro-myôme rapportée par Bianchi. Il s'agissait d'une enfant de 8 ans, qui, avec un ventre volumineux depuis 18 mois, portait une tumeur abdominale sphéroïdale, du volume d'une tête d'adulte, dure, très mobile, sans ascite avec un très bon état général. L'opération très simple, malgré la friabilité du pédicule, permit d'enlever une masse de 1464 gr. ; l'examen fait au laboratoire de M. Cornil démontra qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse avec quelques rares fibres musculaires lisses. La guérison eut lieu sans accidents.

Les cas analogues, au dire de l'auteur, sont très rares, puisqu'il n'a pu trouver que six exemples de fibro-myômes de l'ovaire chez des adultes et aucun chez l'enfant.

De ces faits, nous croyons pouvoir conclure que :

Il existe chez l'enfant, comme chez l'adulte, des tumeurs ovariennes, malignes et bénignes ; comme chez lui, la malignité ne peut être diagnostiquée que par un complexus symptomatique dont les divers éléments sont souvent incomplets.

La laparotomie donne des résultats bien inférieurs à ceux qu'elle fournit dans les simples kystes, car la mortalité opératoire s'élève à 41,6 0/0, et à 59,3 0/0 avec les récidives.

Si dans les cas de tumeurs mobiles, d'assez nombreux succès justifient l'intervention, le pronostic opératoire est au contraire très assombri lorsqu'existent des adhérences étendues. On peut, en d'autres termes, conclure que la malignité ne constitue pas à elle seule une contre-indication ; il faut qu'il s'y joigne la certitude d'adhérences intimes et étendues avec les organes voisins.

TABLEAU II. — **Ovariotomies pour tumeurs ovariennes.**

OBSERV.	BIBLIOGRAPHIE	NOM DE L'OPÉRAT. — DATE DE L'OPÉRAT.	AGE	DATE DU DÉBUT	ACCIDENTS ANTÉR.	PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	TUMEUR NATURE, POIDS	RÉSULTAT IMMÉD.	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
I.	LATTA, in BIGELOW. *Amer. J. of Obst.*, 1882, obs. V.	24 août 1880.	4 ans.	—	—	Adhérences généralisées; opér. incomplète.	Carcinome septique (?) 6 livres.	M. 24 h. après.	—
II.	PARKES. *Amer. J. of Obst.*, 1888, 761.	—	7 ans.	—	—	2e lapar. 2 ans apr., p. tumeur rétro-péritonéale.	Tumeur solide, maligne.	G.	Récid. 2 ans apr. Mort. Shock.
III.	CL. LUCAS. *The Lancet*, mai 1888, 881.	4 févr. 1885.	7 ans.	—	Puberté précoce.	—	Sarcome à cell. rondes. Dr.	G.	G. 2 ans et 9 m. ap.
IV.	CROOM. *Edinb. M. J.*, février 1893, 689.	25 nov. 1892.	7 ans.	8 m.	Très peu d'ascite. Puberté précoce.	Incis. jusque près du sternum, facile.	Cysto-sarcome à cell. rond. G. 6 liv.	G.	Se maint. 2 m. apr.
V.	KRUKENBERG. *Berl. Kl. W.*, 15 oct. 1888.	—	8 ans.	1 an.	Pas d'ascite.	—	Carcinome (hist.), vol. tête d'enfant.	G.	—
VI.	CHENOWETH. *Am. J. of Obst.*, 1882, cas 20.	1877.	8 ans.	—	—	—	Encéphaloïde. Ovaire droit.	M. 48 h. après.	—
VII.	MALINS. *The Lancet*, mai 1890, 1174.	24 avr. 1890.	9 ans.	5 m.	Amaigrissement, début de périton.; peu d'ascite. Menstruat. irrég.	Adhér. épipl. légères. Lavage péritonéal. Drain.	Cysto-sarcome. Dr. 1 livre.	M. 3 j. après. Périton.	—
VIII.	WAGNER. *Arch. f. Kl. Chir.*, 1884, 504.	Thiersch.	10 ans.	6 m.	Nuls. Accroiss. rapide.	Facile, sans adhér.	Sarc. à cell. rondes (tête d'enfant). G.	G.	?
IX.	CROOM. *Edinb. M. J.*, 1888-89, 1013, obs. 80.	29 oct. 1888.	11 ans.	—	—	Ovariotomie double.	Sarcome des deux ovaires.	G.	?
X.	WAGNER. *Loc. cit.*	Thiersch.	13 ans.	6 m.	Poussées, périton.	Adhér. épipl., intestin; longue.	Cysto-sarcome. G.	M. 24 h. après.	—
XI.	JESSOP. *The Lancet*, 1871, I, 431.	—	13 ans.	1 an. Rapid.	Emaciat., doul., faiblesse extrême.	Adhér. légères.	Encéphal. et derm. noy. visc. à autops.	M. 20 h. ap. hém. int.	—
XII.	JACOBSEN. *Cent. f. Gyn.*, 1889, 243.	—	13 ans.	—	—	Péritoine papillomateux.	Sarcome et dermoïde.	G.	M. récid. 2 m. apr.
XIII.	BIANCHI. *Bull. Soc. Mediche*, 1891, 41.	oct. 1889.	8 ans.	18 m.	Quelq. doul. Ét. gén. bon; sans ascite.	Ovariectomie; pédic. friable.	Fibro-myôme (hist). G. 1,464 gr.	G.	—

HISTORIQUE DE LA PELVITOMIE

Pour compléter les articles que nous avons publiés sur la pelvitomie et pour permettre à chacun de comprendre et de comparer d'un coup d'œil les divers procédés employés ou proposés jusqu'ici, nous donnons le schéma ci-contre emprunté aux « *Fragments sur les pelvitomies* » du professeur Farabeuf. N. D. L. R.

Le tableau synoptique ci-contre représente

L'HISTOIRE DE LA PELVITOMIE

Les quatre premières figures ont trait aux bassins retrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriques et non ankylosés, les seuls proclamés justiciables de cette opération.

I. — Représente la symphyséotomie de **SIGAULT** 1777, et en même temps, la pubiotomie à la scie, médiane ou juxta-médiane, de Siebold 1778, Aitken 1785, Champion, Imbert, Pétrequin, Stoltz, etc.

II. — La Pelvitomia nova d'**AITKEN** 1785, pelvitomie double pelvitomie à panneau.

III. — Ce panneau, **Galbiati** l'a fendu, d'où triple pelvitomie.

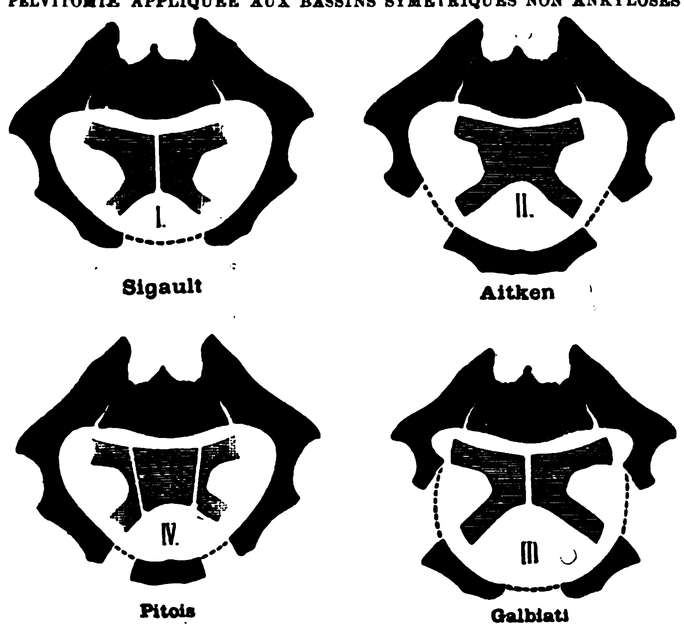
IV. — **Pitois** le voulait très étroit, bipubiotomie.

La dernière figure est celle de la pelvitomie appliquée au bassin asymétrique oblique ovalaire ankylosé, **FARABEUF** 1892.

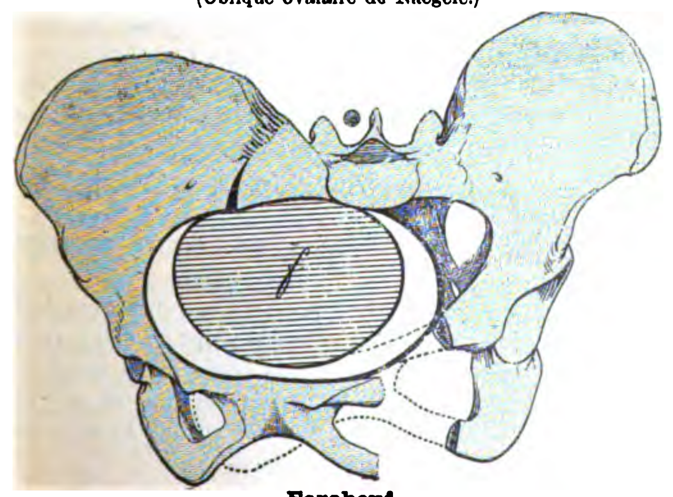
C'est l'ischio-pubiotomie unilatérale du côté rétréci ankylosé, à distance calculée pour ajouter à l'unique moitié perméable du bassin, une seconde moitié également sinon plus perméable et agrandir le tout (opération pratiquée par Pinard sur la femme Trémoulet).

Tableau synoptique et historique.

PELVITOMIE APPLIQUÉE AUX BASSINS SYMÉTRIQUES NON ANKYLOSÉS



PELVITOMIE DU BASSIN ASYMÉTRIQUE ANKYLOSÉ
(Oblique ovalaire de Naegelé.)



Farabeuf

HOPITAL BICHAT. — Service du professeur TERRIER.

SALPINGO-OVARITE DOUBLE SUPPURÉE A PNEUMOCOQUES

Par **V. Morax**, interne des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons nous a paru digne d'être publiée au point de vue clinique et bactériologique.

Mme Ren..., 32 ans, couturière, est entrée le 21 février, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier. La malade a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à son 1er accouchement qui a eu lieu à terme en juin 1892. L'accouchement fut laborieux et l'enfant mourut au passage.

Dix jours après la malade est prise de symptômes de péritonite aiguë : douleurs abdominales intenses, vomissements, ballonnement du ventre et fièvre vive.

On diagnostique une fièvre puerpérale avec péritonite. Ces phénomènes aigus persistent pendant quelques semaines, et la convalescence est longue. La malade commence seulement à se lever après 72 jours d'alitement. Depuis lors elle a continué à avoir des douleurs dans le petit bassin. En décembre 1892 elle a été obligée de s'aliter de nouveau pendant une dizaine de jours, les douleurs étant plus vives. C'est à ce moment qu'elle a eu son retour de couches. A partir de cette époque l'état général s'est un peu amélioré, l'appétit était normal mais les douleurs abdominales persistèrent. Elles étaient surtout provoquées par la marche, mais parfois aussi elles survenaient spontanément. Un peu de leucorrhée intermittente et peu abondante.

La malade entre le 21 février 1893 dans le service du professeur Terrier.

État actuel. — Emaciation assez marquée. Poids, 40 k. Au toucher le col est mou ; son orifice admet la pulpe du doigt. Le corps de l'utérus est un peu rejeté vers la droite et sa mobilité est réduite dans le sens latéral. Lorsqu'on déprime les culs-de-sac latéraux on détermine un peu de douleur, surtout à gauche. De ce

côté il est facile de sentir une tumeur fluctuante du volume d'un gros œuf que l'on perçoit aussi par la palpation abdominale. Cette tumeur est assez mobile et il est facile d'y reconnaître les annexes gauches. A droite les lésions paraissent moins marquées et les annexes sont plus difficiles à atteindre par le toucher. Elles forment une masse adhérente au corps de l'utérus et peu sensible à la pression.

Au spéculum on constate un écoulement muco-purulent peu abondant et un léger ectropion de la muqueuse cervicale. La malade n'accuse aucun trouble de la miction ou de la défécation. Les urines sont normales.

On pose le diagnostic de *salpingite double suppurée*. *Laparotomie* le 2 mars 1893, par M. Terrier.

Après incision de la paroi abdominale et du péritoine, on constate une adhérence très étendue d'une anse intestinale à la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette adhérence très épaisse empêche le doigt d'atteindre les annexes. Elle est disséquée au bistouri et l'anse rejetée en haut. On procède ensuite à la libération de la tumeur salpingo-ovarienne. Cette libération est très difficile. Pour la faciliter on ponctionne la tumeur avec l'aspirateur de Potain et il s'écoule 50 c.c. de pus épais, visqueux. Il existe une adhérence très prononcée de la partie postéro-supérieure de la tumeur avec une anse intestinale. Dans les mouvements de traction, l'anse se déchire sur une étendue de la dimension d'une pièce de 20 sous.

Cette anse était vide, elle est rabattue en haut et on procède à la pédiculisation de la tumeur. Pendant cette manœuvre une des poches purulentes se rompt et un peu de pus s'écoule dans le petit bassin.

A droite, l'ablation est moins difficile et les adhérences intestinales moins épaisses. La déchirure intestinale est suturée à la soie fine par 12 points profonds et 16 points superficiels. Suture de la paroi abdominale à la soie et par étages. La durée de l'opération a été de 1 h. 45.

Suites. — La malade ne s'est pas remontée après l'opération. Le soir même le pouls était très faible (70). Température axillaire de 36°,6. Le lendemain matin, la prostration persiste, le facies est altéré. Température 36°,8. Pouls très rapide et très faible (140), pas de ballonnement du ventre. Le soir le pouls est incomptable, les

extrémités sont froides et la malade dans le collapsus. Température, 37°,2. Elle meurt dans la nuit.

Examen anatomique et bactériologique des annexes. — *Les annexes du côté gauche* forment une masse du volume d'une orange, à bosselures irrégulières et fluctuantes, recouvertes par un péritoine épaissi et injecté. La trompe est sinueuse. Dans ses 4 premiers centimètres elle a le volume du petit doigt et sa cavité n'est pas dilatée.

A partir de là elle présente plusieurs dilatations du volume d'une noix au niveau desquelles la paroi tubaire est amincie. Il n'est pas possible de retrouver le pavillon qui paraît confondu avec le bord externe de l'ovaire. Cet organe présente également des saillies arrondies et fluctuantes. Par une section transversale on constate l'existence dans son épaisseur de plusieurs abcès à limites diffuses et contenant un pus épais blanc verdâtre, absolument semblable à celui qui s'écoule après incision de la paroi tubaire.

La muqueuse tubaire est épaissie, vascularisée et présente une surface tomenteuse. On retrouve à la face postéro-supérieure de la première dilatation tubaire le lambeau de la paroi intestinale déchirée. L'adhérence est si intime qu'on n'arrive pas à libérer ce lambeau par la dissection.

Les *annexes droites* sont moins volumineuses. Les lésions tubaires sont moins étendues. La trompe a un calibre assez régulier; elle présente les dimensions d'un gros crayon. Le pavillon présente quelques petits kystes séreux. Par contre, l'ovaire a le volume d'un œuf de pigeon. La surface est lisse. En l'incisant on trouve dans son épaisseur plusieurs foyers purulents ovalaires ou circulaires donnant tout d'abord l'impression de masses caséeuses.

Les lamelles faites avec le pus des collections tubaires et des abcès ovariens ont permis de constater la présence au milieu de leucocytes à différents degrés de nécrose, de micro-organismes nettement encapsulés en diplocoques ou en chaînettes, se colorant par la méthode de Gram, et ressemblant au pneumocoque. Les milieux de culture ensemencés avec ce même pus (bouillon, agar et gélatine) sont tous restés stériles. Une souris blanche inoculée avec 3 gouttes de ce pus à la racine de la queue n'a pas succombé.

Autopsie. — La cavité péritonéale renferme un épanchement purulent d'environ 500 grammes. Le pus est épais, jaunâtre, vis-

queux, sans coagulums fibrineux. Le péritoine pariétal et viscéral est injecté d'un rouge vif. La dernière anse de l'intestin grêle porte les traces d'adhérences déchirées au cours de l'opération. L'S iliaque porte à sa partie inférieure les traces d'adhérences rompues et une suture solide ne laissant échapper ni gaz, ni contenu intestinal.

L'utérus est assez volumineux. La muqueuse utérine est un peu injectée mais non épaissie.

Les deux pédicules placés au niveau de l'origine des trompes sont solides.

Le *foie*, la *rate* et les *reins* ne présentent aucune lésion macroscopique. Les *organes thoraciques* sont absolument normaux.

L'incision pariétale ne présente rien d'anormal. La suture du péritoine est continue.

Examen bactériologique du pus de la péritonite. — Un peu de pus péritonéal est aspiré dans une pipette stérilisée. Examiné sur lamelles on y trouve au milieu de leucocytes dégénérés, les mêmes diplocoques encapsulés que dans le pus des trompes. Ensemencé sur agar ou dans le bouillon peptonisé, il donne des cultures très abondantes et tout à fait typiques de *pneumocoques*. Une goutte de ce pus inoculé à une souris la tue en 48 heures et l'on retrouve dans le sang et les organes, du pneumocoque en abondance.

En dehors du pneumocoque on n'a constaté soit sur les lamelles, soit dans les cultures, aucun autre micro-organisme.

Conclusions. — Dans cette observation l'infection post-puerpérale paraît avoir été causée par le pneumocoque puisque dans le pus collecté des trompes ce micro-organisme existait en abondance et à l'état de pureté. La péritonite suppurée suraiguë qui a suivi l'opération et qui ne s'est manifestée que par l'altération des traits et par la discordance du pouls et de la température, était due à la pullulation du pneumocoque dans la cavité péritonéale. Le pneumocoque a été retrouvé à l'état de pureté dans le pus du péritoine. Il paraît évident que la contamination du péritoine s'est faite au moment de la rupture de la poche tubaire dans l'ablation des annexes gauches.

Au point de vue bactériologique, il est intéressant de voir

que le pneumocoque constaté dans le pus de la trompe n'a donné aucune culture et n'a pas tué la souris ; on aurait pu croire que ce pneumocoque était mort, mais il n'en était rien puisqu'il a trouvé sur la séreuse péritonéale un milieu plus apte à son développement que nos milieux artificiels et que l'organisme de la souris. Il a recouvré sa virulence par cette culture dans le péritoine humain ; il a tué en effet la souris en 48 heures et il a donné des cultures abondantes sur la gélose et dans le bouillon.

REVUE CLINIQUE

MATERNITÉ DE MARSEILLE. — Service du Dr QUEIREL.

Symphyséotomie, par M. BENET, chirurgien-adjoint.

OBS. I. — V..., Sophie, 34 ans, Vpare, dernières règles, 16 décembre 1891 ; entre le 28 septembre 1892, à minuit, en travail avec une dilatation de 3 centim.

Antécédents. — Trois grossesses antérieures, terminées par des applications de forceps pénibles et longues, mais ayant amené des enfants vivants ; une autre où l'on fit la version, le fœtus succomba pendant les manœuvres.

Examen. — Par le palper, on sent très bien les parties fœtales ; le fœtus paraît volumineux. On diagnostique une 2e position du sommet O.I.D., diagnostic confirmé par l'auscultation. Par le toucher, on fait ballotter la tête qui reste au-dessus du détroit supérieur et l'on peut atteindre le promontoire. Défalcation faite, le diamètre conjugué vrai est de 8 1/2 à 9 centimètres.

M. le Dr Benet, voyant la mobilité de la tête, pense que l'application de forceps sera difficile et pénible, et, devant le volume probable du fœtus, repousse la version. Il s'adressera à la symphyséotomie qui lui donnera un enfant vivant, en ménageant les jours de la mère.

Après une expectation suffisante, la dilatation étant complète et la tête ne s'engageant pas, la femme est endormie et le chirurgien pratique cette opération, le 29, d'après les règles posées par

M. le professeur Pinard ; puis applique le forceps et amène un enfant vivant de 4,000 gr. D. Bip. 10 cent (1).

La délivrance faite, les précautions antiseptiques prises, la suture termine l'opération et l'on met sur le pansement un bandage plâtré, contentif.

Le 21e jour, la femme se lève ; elle a seulement un peu d'incontinence d'urine, mais la cicatrisation et la consolidation sont parfaites. Elle sort le 27e jour (2).

Symphyséotomie, par le Dr Queirel.

Obs. II. — Rap..., Augustine, 29 ans, primipare, à terme ; commencement de travail le 25 octobre 1892, à 10 heures du matin ; température et urines normales.

Examen. — Taille, 1 mètre 42 centim. Ventre développé. Par le palper abdominal on diagnostique une présentation du sommet en D. T. La tête immobilisée au détroit supérieur, mais non engagée, paraît volumineuse. L'auscultation donne le maximum d'intensité des bruits du cœur à droite. Aucun renseignement sur l'enfance, ni sur les antécédents héréditaires de la femme. Nous présumons qu'elle a un rétrécissement du bassin. Le pelvimètre donne, comme mensuration extérieure : transverse au niveau des crêtes iliaques 26 centimètres ; antéro-postérieure 18. La hanche et le grand trochanter droits proéminent plus que le côté gauche. La symphyse pubienne est longue et descend très bas, elle gêne pour le toucher. Le col est au centre, il offre une dilatation de 2 centimètres environ. Le promontoire se touche. Nous estimons que le diamètre promonto-pubien n'a pas plus de 8 centimètres. Le travail marche lentement.

Le 26 à 10 heures du soir, la dilatation est complète, la poche des eaux est intacte. La tête est toujours élevée. On perce la poche et l'on tente une application de forceps au détroit supérieur, au milieu de la nuit ; puis une autre, 2 heures après, sans résultat.

Le 27 au matin, j'applique moi-même le forceps, sans plus de succès. L'enfant étant toujours vivant, je me décide à faire la symphyséotomie. Je la pratique suivant la méthode du professeur Pinard ; mais, au moment d'inciser la symphyse, je ne la trouve pas sur la

(1) Il est regrettable que le degré de l'écartement des pubis ne soit pas noté. (H. V.)

(2) L'observation ne dit pas ce qu'est devenue l'incontinence d'urine. (H.V.)

ligne médiane. Elle est rejetée à 2 centimètres à gauche de cette ligne. Une fois trouvée, je l'incise sans difficulté et l'écartement se produit immédiatement. Je l'augmente en écartant et fléchissant les cuisses sur l'abdomen. Il est alors d'environ 5 à 6 centimètres. La plaie est protégée par une compresse de gaze iodoformée, bien maintenue par un aide et j'applique de nouveau le forceps. Cette fois, sans aucune difficulté, j'amène un enfant de 3,300 gr. D. Bip. 10 centimètres. La délivrance faite, les précautions antiseptiques prises, je termine l'opération par la suture et je mets la femme dans son lit, après l'avoir serrée avec un bandage de corps ordinaire, par-dessus le pansement antiseptique. Sonde à demeure pendant 3 jours. Il va sans dire que l'opération a été faite sous le chloroforme.

Le 17 novembre, j'enlève les points de suture, le 18 je fais lever l'accouchée et le 20 je constate qu'elle marche sans claudication, sans douleurs et sans difficulté.

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN ; IMPERMÉABILITÉ ET PEUT-ÊTRE ABSENCE DU COL DE L'UTÉRUS. — CRÉATION D'UN VAGIN ET D'UN ORIFICE UTÉRIN ARTIFICIELS.

Par le Dr **Henri Azéma** (de l'Ile de la Réunion).

L'absence complète du vagin n'est point un fait clinique assez commun pour être laissé dans le silence lorsqu'il se rencontre. Nous avons pensé que sa rareté rendrait peut-être intéressante la relation d'un de ces cas qu'il nous a été donné d'observer et dans lequel nous avons dû intervenir. Cette observation date d'un an. Nous avons voulu, avant de la publier, attendre les résultats ultérieurs de l'opération que nous avons dû faire et rendre de cette façon notre communication aussi complète que possible.

Le 3 septembre 1891, je fus mandé auprès d'une jeune mulâtresse de 14 ans qui souffrait de douleurs atroces du ventre et qui, me disait sa mère, ne pouvait pas régler, n'avait jamais réglé. Déjà, un mois auparavant, elle avait pour la première fois éprouvé les

mêmes douleurs, mais moins intenses. Aucune perte de sang ne s'était manifestée, mais son ventre était resté gros.

L'enquête faite sur ses antécédents héréditaires nous apprend qu'aucun de ses ascendants n'était porteur de malformations des organes génitaux, mais qu'un de ses oncles était né aveugle. Il ne nous a pas été donné de contrôler cette assertion, cet oncle étant mort. Les antécédents personnels de la jeune mulâtresse ne révèlent aucune maladie.

Cette jeune fille est d'une stature en rapport avec son âge, ses membres sont bien musclés, sa poitrine large. Les seins sont normalement conformés ; chacun atteint le volume d'une grosse orange. Les organes génitaux externes sont ombragés de poils suffisamment abondants. Les grandes lèvres sont bien conformées, les petites lèvres ne sont représentées de chaque côté de la ligne médiane que par une crête qui peut avoir deux ou trois millimètres de hauteur. Le clitoris ainsi que le méat urinaire sont parfaitement visibles et normalement situés. La fourchette est dessinée, la fossette naviculaire à peine déprimée.

Il n'existe pas d'orifice vaginal. Le tissu muqueux qui recouvre les petites lèvres se continue sans interruption sur la ligne médiane, formant une membrane épaisse qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane ne saurait être confondue avec l'hymen, car elle est située sur un plan plus antérieur que celui-ci.

La partie sous-ombilicale de l'abdomen est augmentée de volume. Le palper délimite assez exactement dans cette région une tumeur arrondie, située sur la ligne médiane et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher rectal permet de percevoir cette tumeur volumineuse, dure, lisse, qui bombe dans le rectum. Le doigt ne peut parvenir à la circonscrire par en haut. Elle transmet au doigt mis dans le rectum, les mouvements de déplacement que lui imprime la main placée sur l'abdomen. La vessie à l'état de plénitude est refoulée en haut et en avant. L'urèthre et le rectum se touchent, n'étant séparés que par une cloison peu épaisse, disposition rendue évidente par une sonde introduite dans l'urèthre et un doigt dans le rectum.

Absence complète du vagin, avec conservation de l'utérus en état de rétention de sang menstruel, était, après cet examen, le diagnostic qui s'imposait. Il était nettement indiqué d'intervenir. Les douleurs atroces dont souffrait la malade, la possibilité soit d'une

rupture utérine, soit de la pénétration dans le péritoine de ce molimen par les trompes peut-être dilatées, justifiaient notre intervention.

L'opération réclamée par l'entourage de la patiente est décidée pour le lendemain. Mon confrère le Dr Vergoz, appelé en consultation, se range à mon avis. Une purge est donnée à la malade le matin même de notre visite. Les poils des parties génitales sont rasés, un grand bain savonneux est pris le lendemain avant notre arrivée. Lavage minutieux du champ opératoire à la liqueur de Van Swieten. Lavement boriqué. Les instruments sont immergés dans l'eau bouillante, puis laissés dans une solution forte d'acide phénique d'où ils sont retirés au fur et à mesure que les besoins de l'opération les réclament.

La jeune fille, mise par mon confrère sous l'influence du chloroforme, est placée au bord du lit dans la position obstétricale. Mon doigt gauche mis dans le rectum, une sonde maintenue dans l'urèthre par un aide sont les points de repère qui devront nous guider. Une incision verticale, partant de 3 millimètres au-dessous du méat urinaire pour s'arrêter à la fossette naviculaire, est pratiquée sur la membrane qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane épaisse, ainsi fendue verticalement, permet l'introduction de l'extrémité digitale. Dès lors, déchirant tantôt avec le doigt les tissus peu résistants, tantôt sectionnant avec le bistouri les bandes fibreuses qui résistent à l'action du doigt et de la sonde cannelée, nous finissons par nous créer, entre la vessie et le rectum, une voie pouvant admettre l'introduction de l'index et du médius, et pouvant avoir de 6 à 7 centimètres de longueur. Ces bandes fibreuses qui crient sous le couteau sont au nombre de trois, la première est à 2 centimètres de la vulve, la dernière limite la tumeur. A l'extrémité de ce tunnel nous sentons l'utérus gonflé sous notre doigt. Il nous est impossible de découvrir le col. Au moyen d'un fin trocart nous ponctionnons cette tumeur. Il s'en écoule un liquide sanguin, noirâtre, sirupeux. Aucune pression n'est exercée sur la tumeur que nous laissons se vider lentement par l'étui du trocart resté à demeure pendant vingt-quatre heures. Ce vagin, ainsi constitué, est bourré de tampons antiseptiques. Un bandage en T maintient le pansement.

Le 4. Le soir de l'opération à six heures, nous revoyons la malade. Pas de fièvre, T. 37°,2. Pouls, 78. Nous la faisons uriner au

moyen d'une sonde pour que son pansement ne soit pas sali.

Le 5. Matin. Nuit bonne. T. 37°,1 ; Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales à la pression. Le pansement est enlevé, l'étui du trocart retiré. Les pièces du pansement étaient complètement souillées par le sang noirâtre dont l'utérus s'était débarrassé. Celui-ci avait diminué de volume. Nous procédons à un lavage antiseptique du vagin que nous remplissons de gaze iodoformée. Sondage vésical.

Visite du soir. État satisfaisant, pas de fièvre. T. 37°,2 ; Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales. La malade manifeste son bien-être. Sondage vésical.

Le 6. Matin. Nuit bonne. Apyrexie. T. 37°. Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales. Les pièces du pansement sont encore un peu souillées de sang. Lavement évacuateur à l'eau boriquée. Sondage vésical. Même lavage, même pansement que la veille.

Visite du soir. T. 37°,8. Pouls 88. Nous avons attribué cette élévation de température et cette accélération du pouls à des visites prolongées d'amies et de parents que la malade reçut pendant la journée. La vessie est vidée avec la sonde.

Le 7. Matin. Nuit bonne. T. 37°,1. Pouls 76. Les pièces du pansement sont retirées indemnes de liquide sanguin. Pansement. Sondage vésical.

Visite du soir. T. 37°,2. Pouls 76. Sondage vésical.

Du 9 au 16 septembre, l'état de l'opérée n'a pas cessé de se maintenir bon. Elle n'a jamais eu de mouvements fébriles, pas plus que de retentissement du côté du péritoine. Les fonctions digestives et vésicales se sont toujours bien exécutées. Chaque jour, nous lui avons répété ses lavages et pansements antiseptiques.

En exécutant l'opération que nous avons décrite plus haut, nous avions rempli une indication pressante qui était celle de vider l'utérus afin de soustraire la malade aux douleurs violentes auxquelles elle était en proie et de prévenir des dangers immédiats qui auraient pu se produire. Mais notre tâche n'était pas terminée ; une opération complémentaire destinée à mettre ces organes en état de fonctionner normalement dans l'avenir, était indispensable. Agrandir la voie vaginale, aller à la recherche du col et nous assurer de son intégrité, tel était le plan que nous nous étions proposé.

Le 16, la jeune fille dont l'état jusqu'alors continuait à être satis-

faisant, est endormie et est soumise à notre nouvelle intervention. Opérant comme nous l'avions fait précédemment, nous entourant toujours des mêmes précautions pour ne pas léser la vessie et le rectum, il nous fut possible d'obtenir un élargissement du vagin tel qu'un spéculum bivalve de Cusco put y être introduit. Nous allâmes en vain à la recherche du col. Il nous fut impossible malgré nos délabrements péri-utérins de sentir avec le doigt et de voir à travers le spéculum l'orifice de l'organe. Dans ce but de recherche nous fûmes conduits à décoller avec l'ongle le péritoine en avant et en arrière de l'utérus dans une très faible étendue, il est vrai. Nos investigations restèrent infructueuses. Le toucher fait avec minutie par le rectum ne nous renseigna pas davantage. Il restait évident pour nous, après toutes ces recherches dans des limites vaginales suffisamment larges et que la prudence nous empêchait de dépasser, que le col, s'il existait, devait être bien anormalement placé.

Nous dûmes nous résoudre à procéder au pansement. Des tampons de gaze iodoformée comblèrent le vagin. Les jours qui suivirent l'opération ne furent, pour la malade, traversés par aucun incident. La température prise matin et soir oscilla tout le temps entre 37° et 37°,7. Un peu de sensibilité au bas-ventre pendant deux ou trois jours, puis tout rentra dans l'ordre. Les pansements absolument antiseptiques à la liqueur de Van Swieten et à la gaze iodoformée furent renouvelés chaque jour. Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 17 octobre, où la malade fut reprise des phénomènes douloureux de la menstruation. Dans la nuit du 18 au 19, son utérus commença à grossir. Le 20 il avait acquis le volume des deux poings. Par le spéculum que nous introduisons, mais qui cette fois entre avec difficulté, car les parois cruentées du vagin tendent à revenir sur elles-mêmes, par le spéculum nous voyons *de visu* l'utérus bombant rouge et lisse au fond du conduit que nous avions sculpté. Nous cherchâmes, mais sans la retrouver, la place où un mois auparavant avait pénétré notre trocart. Une nouvelle ponction utérine dans l'axe du vagin fut exécutée. L'étui du fin trocart resta à demeure et donna issue au molimen hémorrhagique. Toutes les précautions furent prises pour éviter la pénétration de l'air dans le foyer. L'utérus se vida lentement. Le pansement fut renouvelé le lendemain, mais l'instrument ne fut pas retiré. Lorsqu'au bout du troisième jour l'utérus fut revenu

sur lui-même, que tout le sang avait été évacué, nous fîmes sur la paroi utérine de chaque côté de l'étui du trocart une incision au bistouri. Nous avions de cette façon agrandi l'orifice produite par le trocart que nous retirions alors pour le remplacer par un bout de sonde en caoutchouc répondant au n° 14 de la filière Charrière. Cette sonde qui ne resta pas toujours en place, rejetée qu'elle était par les contractions utérines, était chaque matin lavée et réintroduite. Au bout de 18 jours la fistule était constituée, mais son calibre avait diminué, on ne pouvait guère introduire qu'une sonde répondant au n° 10 ou 11 de la filière.

Pendant ce temps, le vagin se tapissait de bourgeons charnus et perdait de sa largeur. La coarctation augmentant, il serait fatalement arrivé un moment où tout le vagin se serait comblé et où nous nous serions trouvé, à une menstruation ultérieure, aux prises avec les mêmes difficultés pour obtenir l'évacuation du sang. Cette triste perspective que nous fîmes entrevoir à la malade, finit par vaincre ses résistances et la conduire à accepter encore une dernière intervention. Celle-ci consistait à mettre sur les bourgeons charnus du vagin des greffes prises à la vulve. La face interne de chaque grande lèvre fournit à la paroi vaginale correspondante un lambeau de forme quadrilatère. Ce lambeau resta adhérent à la grande lèvre par un côté du quadrilatère qui ne fut pas sectionné et qui lui servit de pédicule. Le lambeau fut amené par glissement dans le vagin où il fut étalé sur les bourgeons charnus et fixé par quelques points de suture. Dix jours après, la même opération fut recommencée pour la paroi inférieure qui reçut un lambeau de la fourchette. Pour la paroi supérieure, les greffes latérales devaient en se rencontrant lui fournir un revêtement épithélial, les petites lèvres atrophiées ne pouvant lui assurer un lambeau. Ces greffes nourries par leur pédicule ne se sphacélèrent pas, et au bout d'un mois, l'on put voir des traînées blanchâtres de tissu épithélial se dessiner sur les parois vaginales. Sur ces entrefaites, une nouvelle menstruation douloureuse s'était produite, mais le sang avait été évacué. Nous pûmes nous convaincre que le sang s'écoulait par l'orifice utérin constitué par notre trocart.

Six semaines environ après l'application de ces greffes, le vagin sembla dans presque toute son étendue être revêtu d'un tissu protecteur. Mais combien il avait diminué de calibre !... Il n'admettait plus que l'introduction de l'index et du médius. Nous essayâmes

de le dilater. Matin et soir, nos deux doigts, introduits dans ce canal, tentèrent, en s'écartant, d'obtenir un élargissement. Des tampons, laissés à demeure dans l'intervalle des séances, étaient destinés à maintenir ce que nous avions pu gagner de dilatation. Pendant dix jours nous répétâmes ces tentatives. Tout ce qu'il nous fut possible d'obtenir, en dépit de nos efforts, fut au bout de ce temps, la pénétration pénible des trois doigts rapprochés.

De son côté, la jeune fille demanda à retourner dans sa campagne. Nous l'engageâmes à répéter elle-même matin et soir ces séances de dilatation.

Nous ne pûmes la revoir qu'en avril 1892, c'est-à-dire quatre mois après. La menstruation s'était produite trois fois chez elle. Elle avait été toujours douloureuse, mais le sang avait, toutes les fois, été évacué par le vagin. Celui-ci, que nous examinâmes, s'était rétréci, il n'admettait plus que notre médius. Nous profitâmes de son séjour en ville pour lui donner de nouvelles séances de dilatation. Nous ne pûmes qu'avec la plus grande peine arriver à introduire deux doigts.

Enfin nous la revîmes dans les premiers jours de novembre 1892, c'est-à-dire un an après notre intervention. Sa menstruation est restée douloureuse, mais le sang trouve toujours une issue par le vagin. Ce vagin n'admet comme en avril que l'introduction du médius. La malade déclare que malgré tous les soins qu'elle prend pour se dilater, son vagin reprend toujours ce même calibre auquel il se maintient.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement de l'endométrite cervicale glandulaire.

Il n'est pas de gynécologiste qui ne se soit trouvé en face de ces cas si fréquents de métrites développées sur de petits cols coniques de jeunes femmes et caractérisées par un écoulement blanchâtre, laiteux ou jaune verdâtre, toujours visqueux et très adhérent. Ces endocervicites glandulaires que nous avons à plusieurs reprises vues se développer chez de jeunes femmes, dont le mari était atteint d'un minime écoulement uréthral et où, avec notre élève et ami Répin, nous avons constaté la présence de gonocoques, sont, tout

au moins dans un certain nombre de cas, de nature blennorrhagique; elles résistent obstinément au curettage, celui-ci les améliore mais ne les guérit pas et, avant même qu'il ne se soit écoulé deux à trois semaines, l'écoulement reparaît plus ou moins abondant et avec lui, la lourdeur de reins, la fatigue rapide par la marche et la station debout, etc.

Contre cette affection, M. Doléris avait déjà conseillé le hersage de la muqueuse destiné à permettre la pénétration des agents médicamenteux dans les culs-de-sac glandulaires.

Dans le même ordre d'idées, mais en agissant d'une manière plus complète, M. Bouilly vient d'imaginer une petite opération qui a pour but d'enlever une portion de la muqueuse cervicale et du tissu sous-jacent suffisante pour réaliser sinon l'ablation, tout au moins l'ouverture de la plus grande partie des culs-de-sac glandulaires (1).

Après avoir dilaté et curetté l'utérus comme à l'ordinaire, M. Bouilly place sur chacune des lèvres une pince tire-balles de manière à tendre et à attirer les parties; grâce à la dilatation produite par la laminaire, on voit largement la muqueuse.

« Avec un bistouri étroit et pointu, il enlève d'abord sur la lèvre inférieure un petit lambeau rectangulaire, comprenant les trois quarts environ de la demi-circonférence inférieure de la muqueuse. Le bistouri est porté à 1 centim. 1/2 environ de profondeur jusqu'au voisinage de l'orifice interne, au niveau de la jonction de la paroi inférieure et de la paroi latérale et il détache à la face interne du col un petit lambeau rectangulaire étendu d'une commissure à l'autre et limité en bas par l'orifice externe, en haut par l'orifice interne; à ce niveau, il est nécessaire d'achever la section par un coup de ciseaux pendant que le lambeau est maintenu et attiré par une pince à griffes. La même manœuvre est répétée à la face interne de la lèvre supérieure, il en résulte l'ablation de deux demi-gouttières se regardant par leur concavité. L'orifice utérin se trouve agrandi du même coup. Le col est largement cruenté dans ses trois quarts inférieurs et supérieurs; seules les *parties latérales*, au niveau des commissures sont *respectées*, de manière que la muqueuse, dans cette région, conserve ses caractères et ses propriétés et ne permette pas la réunion angulaire des parties avivées. »

Après attouchement de la cavité du corps et du col avec de la

(1) *Société de chirurgie*, séance du 15 février 1893, et *Semaine médicale*, 1893, p. 77.

glycérine créosotée au 1/3, une mèche de gaze iodoformée est appliquée dans la cavité du col et le vagin tamponnée avec la même gaze iodoformée. Ce premier pansement est renouvelé au bout de 48 heures et l'on en profite pour replacer dans le col une mèche de gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée. Les pansements ultérieurs, qui ne sont plus que de simples tamponnements vaginaux, sont renouvelés tous les quatre jours, jusqu'au 12e ou au 15e, moment où la malade peut être regardée comme guérie.

Le seul accident observé sur une quarantaine de cas a été l'hémorrhagie, qui une fois a été assez abondante pour nécessiter un tamponnement sérieusement fait et produire une anémie assez marquée.

Deux fois déjà, M. Bouilly a pu constater le développement d'une grossesse à la suite de cette petite intervention. Nous serions toutefois étonné si, dans certains cas, elle n'entraînait pas à sa suite des sténoses cicatricielles. Aussi jusqu'à nouvel ordre nous en tiendrons-nous, dans ces cas, au traitement non opératoire, recourant en cas d'insuccès à l'amputation de Schröder qui nous paraît une intervention beaucoup plus simple que ne l'ont laissé entrevoir quelques-uns des membres de la Société de chirurgie.

HENRI HARTMANN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 10, 17, 31 *janvier et du* 7 *février.*

CHARPENTIER. **Sur le traitement de l'éclampsie** (1). — L'auteur étudie cette question importante dans un long travail, basé sur des considérations théoriques et aussi sur des statistiques importantes, empruntées surtout à la littérature allemande. Le but spécial qu'il a visé, c'est d'obtenir l'opinion de ses collègues de l'Académie sur la *conduite à tenir quand une femme est sous le coup d'accès éclamptiques, et que le travail ne se déclare pas spontanément. Faut-il, en pareil cas, recourir à l'accouchement provoqué ou même à l'accouchement forcé?* Il semble qu'à l'heure

(1) Il est impossible de rapporter *in extenso* la longue discussion qui a suivi la lecture de ce travail. Nous nous préoccuperons surtout de consigner ici ce qui en découle de plus important pour le praticien.

actuelle, et sous l'influence des idées allemandss, un certain nombre d'accoucheurs inclineraient à adopter ce mode de conduite, dont M. Charpentier se déclare un adversaire décidé. Voici les conclusions de son mémoire :

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines de toutes les femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le *traitement préventif par excellence de l'éclampsie.*

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique : débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée par une saignée de 4 à 500 grammes ; puis, administrer la médication chloralique en suivant les préceptes que nous avons donnés et en faisant prendre du lait aussitôt que cela sera possible.

3° Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

4° Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

5° Si le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant; par une céphalotripsie, une basiotripsie, une cranioclasie, si l'enfant est mort.

6° Attendre pour intervenir ainsi, que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète, ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence et, par suite, sans danger pour la mère.

7° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels, où le traitement médical aura échoué complètement.

8° Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchemeni forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

Discussion : GUÉNIOT estime qu'il ne faut pas voir dans l'éclampsie un processus morbide toujours identique à lui-même. Il y a,

a) la forme *hypertoxique* (celle où la toxémie est le fait prépondérant); *b*) la forme *névrosthénique* ou *bénigne* (caractérisée par la prédominance de l'élément réflexe); *c*) la forme *commune* (les 2 facteurs de l'éclampsie, toxémie et hyperexcitabilité réflexe, sont associés d'une façon à peu près égale). Contre la toxémie, il y a peu de chose à faire. Par contre, l'hyperexcitabilité réflexe est souvent très efficacement combattue par le chloroforme et le chloral à condition toutefois de les employer méthodiquement : *le sommeil anesthésique doit être maintenu profond et d'une manière ininterrompue pendant un certain nombre d'heures. Le chloroforme, à cet effet, n'est donné que par intermittences, mais toujours à dose et à répétition suffisantes pour obtenir le résultat voulu.*

Dans les cas graves, c'est au chloroforme qu'il paraît préférable d'avoir recours ; dans les cas plus légers, on le remplacera par le chloral. Mais, quelle que soit la substance employée, il faut l'administrer d'une façon méthodique et à dose suffisante pour produire le sommeil *anesthésique* pendant un certain nombre d'heures. Bien entendu, il faut aussi se préoccuper de supprimer toute cause d'excitation (bruit, lumière, sinapismes). M. Guéniot est absolument adversaire de l'accouchement forcé, et de plus, il est d'avis que l'accouchement provoqué n'est que rarement avantageux.

Tarnier, après avoir constaté que le pronostic de l'éclampsie reste toujours très grave, quel que soit le traitement curatif employé (25 0/0 de mortalité), insiste, avec force, sur toute la puissance du traitement préventif de l'éclampsie, sur l'efficacité merveilleuse du régime *lacté absolu.* Mais, il ne suffit pas de faire boire du lait à une albuminurique pendant un jour ou deux pour la mettre à l'abri de l'éclampsie. *L'immunité contre l'éclampsie n'est acquise d'une façon certaine qu'après sept jours de régime lacté, à condition, bien entendu, qu'il sera continué pendant tout le temps que persistera l'albuminurie.* En ce qui concerne les cas où l'éclampsie éclaterait sans albuminurie prémonitoire, M. Tarnier incline à penser qu'ils sont, s'ils existent, tout à fait exceptionnels. Il y a des cas où une albuminurie légère n'est pas reconnue, soit par négligence de la part du médecin, soit par insuffisance des réactifs de l'albumine.

Habituellement, on est averti par certains prodromes bien connus (œdème des jambes, pubien, du cou, troubles de la vue,

céphalalgie, douleurs épigastriques) de l'imminence de l'éclampsie ; or, dans ces cas, il faut immédiatement instituer le régime lacté, qui, en réalité, dans les cas où on l'emploie, s'adresse bien plutôt à la toxémie (1) qu'à l'albuminurie proprement dite. En résumé, *pour le traitement prophylactique de l'éclampsie, le régime lacté doit avoir le même rôle que l'antisepsie par rapport à la fièvre puerpérale.*

Quant au chloral et au chloroforme, il les emploie à hautes doses contre les accès éclamptiques, et à la manière de M. Guéniot. Mais, il associe contre l'éclampsie confirmée, les deux substances, et, comme leur effet s'ajoute, il convient de manier le chloroforme avec plus de modération. En terminant, M. Tarnier insiste à nouveau sur les bienfaits du régime lacté absolu.

A. Robin fait remarquer qu'il importe, dans les cas suspects d'albuminurie, de faire l'examen de l'urine émise deux à trois heures après le repas.

Pinard, avant d'aborder la question du traitement des accès éclamptiques, tient à affirmer cette notion, définitivement acquise aujourd'hui (Quinquaud, Chambrelent, Bouchard, etc.) : *que chez la femme enceinte il peut se produire, et il se produit, une auto-intoxication dont les deux principales manifestations sont :* 1° le passage de l'albumine dans les urines; 2° l'apparition d'accès convulsifs dits éclamptiques.

En ce qui concerne le traitement, M. Pinard rappelle qu'il a été témoin des premières expériences de M. Tarnier : avec le régime lacté comme *traitement prophylactique* des accès éclamptiques, et ce qu'il a vu alors, comme ce qu'il a constaté depuis dans sa propre pratique, n'ont fait que lui en démontrer la merveilleuse efficacité. De 1889 à l'heure actuelle, un peu plus de 5,000 femmes enceintes vinrent à la consultation de la clinique de Baudelocque, où leurs urines furent examinées. Sur ce nombre beaucoup étaient

---

(1) M. Tarnier fait aussi allusion aux expériences intéressantes entreprises avec Chambrelent, et destinées à déterminer le degré de toxicité du sérum sanguin des éclamptiques. *Annal. de gynéc. et d'obst.*, novembre 1892, p. 321.

Ce degré de toxicité influe, ainsi qu'en témoignent formellement les faits cliniques, sur le pronostic. D'autre part, ils affirment l'utilité de la saignée, qui débarrasse le sang d'une certaine quantité des substances toxiques, et du régime lacté qui dilue le milieu toxique. Peut-être pourrait-on employer, pour cette dilution, les infections de sérum artificiel ?

albuminuriques et furent admises dans le service ; mais la quantité d'albumine était souvent peu considérable et l'albumine disparaissait en quelques jours. On pourrait objecter que, pour ces dernières, le repos, une bonne hygiène auraient simplement suffi, ce qui est admissible. Mais, parmi ces femmes il y en avait 61 pouvant être considérées comme de grandes albuminuriques (lésions placentaires avancées). *Ces femmes furent soumises au régime lacté absolu, aucune d'elles n'eut d'accès éclamptiques* (1).

Relativement à la possibilité de l'apparition de l'éclampsie sans albuminurie prémonitoire, Pinard considère l'éventualité comme très rare. Cependant, 3 observations personnelles lui ont paru démontrer qu'elle était possible. Mais, même alors, il y a des prodromes connus (céphalalgie frontale, toubles de la vue, accidents dyspnéiques, œdème, douleur épigastrique), et dans ces cas, il est avantageux sinon urgent d'instituer le régime lacté absolu. Ce régime, somme toute, empêche la production des accès éclamptiques, fait disparaître souvent l'albumine des urines pendant la grossesse, en diminue la quantité toujours. Quant *au traitement de l'éclampsie confirmée*, jusqu'à présent, ce qu'il y a de mieux, ce sont les anesthésiques : chloroforme et chloral.

En aucun cas, il ne faut faire l'accouchement forcé. En résumé : a) *traitement prophylactique des accidents convulsifs*, régime lacté absolu ; b) *traitement des accès éclamptiques*, anesthésiques (chloroforme, chloral) ; c) *traitement consécutif*, antiseptique, plus sévère que jamais. Guéniot insiste à nouveau sur l'importance capitale que prend, dans certains cas, l'hyperexcitabilité des réflexes. D'autre part, tout en reconnaissant l'extrême utilité du régime lacté, quand l'albuminurie est reconnue assez tôt, il fait allusion aux faits dans lesquels il n'y a pour ainsi dire pas albuminurie prémonitoire, où les accidents éclamptiques sont précédés, seulement et à bref délai, de quelques prodromes (troubles de la vue, gastralgie, etc.) et dans lesquels le régime lacté n'a pas le temps d'agir. De nouveau, il se déclare adversaire de l'accouchement forcé contre les accès éclamptiques, et ne reconnaît quelque indication à l'accouchement provoqué que dans des cas, très excep-

(1) Au régime lacté, est associé l'usage des drastiques. Ces femmes sont placées dans des chambres chauffées à 20°, et sont couvertes de flanelle. S'il y a de la céphalalgie, de l'agitation, on les met aussitôt sous l'influence du chloral à haute dose.

tionnels, d'éclampsie à marche lente, indécise, inégale. LANCEREAUX accordant une grande importance à la lésion rénale, qui entraîne une diminution dans l'excrétion des principes excrémentitiels, recommande l'emploi des purgatifs drastiques dès le début des accidents. A. ROBIN pense qu'il faut surtout lutter contre l'intoxication, suite de la rétention de substances toxiques : 1° d'obtenir la déplétion du rein, en utilisant les anastomoses importantes, qui existent entre les veines de la capsule du rein et les veines sous-cutanées au niveau du triangle de J. L. Petit (saignées locales); 2° *s'efforcer d'activer les oxydations* (inhalations d'oxygène, boissons abondantes); 3° *solubiliser les substances toxiques* (acide benzoïque, acide salycilique, etc.). TARNIER tient à affirmer à nouveau l'efficacité, mise en doute par M. Guéniot, du régime lacté même chez les femmes atteintes des prodromes ordinaires de l'éclampsie, surtout chez celles qui ont des troubles de la vue avec menace de cécité. A ce sujet, il cite une observation bien intéressante : celle d'une femme, enceinte, albuminurique, presque aveugle, ayant tous les signes de la rétinite albuminurique. L'oculiste qui l'avait soignée, demandait s'il n'y aurait pas lieu d'interrompre la grossesse pour prévenir une cécité absolue. Avant de recourir à cette mesure, admise en principe, M. Tarnier institua le régime lacté, sous l'influence duquel la vision s'améliora. A propos des indications thérapeutiques, formulées par A. Robin, Tarnier fait remarquer que les inhalations d'oxygène sont déjà employées dans bon nombre de services d'accouchements JACCOUD a coutume, dès la constatation de l'albuminurie chez une femme enceinte, d'instituer le *régime lacté exclusif*, et le maintient jusqu'après l'accouchement. L'albuminurie n'est que le signal du danger, lequel réside dans l'auto-intoxication, par insuffisance urinaire. Il ne faut pas désarmer. Depuis 1880, il emploie systématiquement les *inhalations d'oxygène,* dont il règle la dose, non d'après la proportion de l'albumine, mais d'après la composition de l'urine (30 litres au moins d'oxygène, dose qui est doublée, triplée si l'analyse révèle l'abaissement de la dépuration au-dessous du minimum physiologique).

Il importe, d'autre part, au plus haut degré, de s'efforcer de soustraire la femme enceinte, albuminurique à toute chance de refroidissement. Enfin, M. Jaccoud étend pour ainsi dire le traite-

ment prophylactique de l'éclampsie, en ce sens *qu'il conseille l'usage méthodique du lait chez toutes les femmes enceintes indistinctement* : 1 litre, puis 1 litre 1/2 de lait en 24 heures, jusqu'à la fin du 6e mois ; 2 litres jusqu'au terme (1).

Présentation. — A. GUÉRIN présente un cas de **monstre xyphopage**. Il est constitué par 2 petites filles, d'origine indienne, âgées de 3 ans 1/2, unies par l'appendice xiphoïde. La sensibilité paraît distincte chez les deux sujets ; car, il arrive que l'un rit et que l'autre pleure. Certains organes internes ont-ils des connexions ? Cela est probable, pour le tube digestif au moins, car, l'administration de préparations ferrugineuses est suivie de selles noires chez les deux sujets. Aujourd'hui l'antisepsie et les progrès faits dans les sutures intestinales, sont de nature à justifier les tentatives de libération des deux sujets.

R. L.

GUÉNIOT. **Opération césarienne et rachitisme congénital** (2).

CORNIL. **Sur les altérations anatomiques des myômes pendant la grossesse.** — L'auteur résume de la façon suivante cette étude intéressante qui a pour base un utérus myomateux (tumeur énorme) enlevé par M. Péan, à 4 mois environ d'une grossesse non soupçonnée. « Je pense que le plus grand nombre des faisceaux musculaires de la tumeur subit, pendant la grossesse, la même hypertrophie, la même congestion active que le reste de la paroi utérine dont elle fait partie intégrante. Les faisceaux musculaires atteints de cette hyperémie, de cette activité nutritive touchant à l'inflam-

(1) Ce qui se dégage de cette discussion, et on ne saurait trop le dire, c'est : 1) l'efficacité merveilleuse du régime lacté, absolu et continué, comme traitement prophylactique des accès éclamptiques ; efficacité qui s'est affirmée même chez les femmes enceintes atteintes des prodromes de l'éclampsie à brève échéance (troubles de la vue, céphalalgie) ; 2) la nécessité, le devoir d'analyser régulièrement, les urines de toute femme enceinte ; 3) l'utilité des inhalations d'oxygène, comme moyen d'activer les oxydations ; 4) la gravité incontestable du pronostic de l'éclampsie confirmée, malgré l'utilité des anesthésiques (chloroforme, chloral) méthodiquement employés ; par suite, l'indication de s'efforcer d'obtenir du traitement prophylactique tout ce qu'il peut donner (A ce point de vue, la coutume de M. Jaccoud de prescrire du lait indistinctement à toute femme enceinte, paraît tout à fait digne d'attention.) R. L.

(2) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892, p. 157.

mation, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se mortifient. A la suite de ce premier stade, les vaisseaux turgides des muscles atrophiés laissent sortir des globules blancs en assez grande quantité. A la limite de la partie saine et de la partie nécrosée, ces globules migrateurs deviennent de véritables phagocytes qui se chargent de débris, de granulations protéiques et graisseuses des fibres musculaires privées de vie et de résistance.

On comprend facilement que la marche de cette altération puisse aboutir à la disparition et à la résorption d'un grand nombre des lobules de la tumeur et lorsque la parturition s'est faite, lorsque tout l'utérus subit son involution physiologique, au retour des fibres hypertrophiées elle-mêmes à leur volume normal. Il en résulte alors une atrophie très notable ou une disposition partielle du myôme, que l'état de grossesse avait d'abord hypertrophié. »

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 *février* 1893.

TAURIN. — Pièces anatomiques provenant du service de M. Guéniot. **Hydropisie générale d'un fœtus de six mois avec placenta extrêmement œdématié.**

GUÉNIOT. **Remarques sur un cas de grossesse extra-utérine.** — Femme de 34 ans, IIpare. Premier accouchement 15 ans auparavant, à terme, terminé spontanément par la naissance d'un enfant vivant. Depuis, menstruation régulière. En février 1892, vers le 15, dernières règles. Perception des mouvements fœtaux, en juillet. Terme probable, vers le 15 novembre. Dès le mois de mars, douleurs abdominales (coliques, tiraillements); exacerbation des douleurs aux époques menstruelles, et quelques pertes sanguines. Vers le 15 novembre, terme probable, expulsion de glaires jaunâtres, sanguinolentes, mais pas de débris membraneux. Les jours suivants, quelques douleurs comme celles qui préludent à l'accouchement, mais qui se calment par le repos. Vers le 15 décembre, les douleurs apparaissent de nouveau. Entrée à la clinique, le 16 décembre, au soir. Des résultats de l'examen, on conclut: 1° *qu'il s'a-*

gissait d'une grossesse extra-utérine (variété pelvi-abdominale) *ayant atteint ou peut-être dépassé le terme de* 9 *mois* ; 2o *que l'enfant avait dû cesser de vivre depuis environ* 36 *heures*. On constata de plus que l'enfant était en O. I. G. P. En raison de l'engagement profond de la tête fœtale dans l'excavation, on fit l'*élytrotomie*. Incision du cul-de-sac postérieur, perforation du crâne, cranioclasie, extraction facile d'un enfant qui pesait — sans la substance cérébrale — 2,500 grammes. Les *suites opératoires* furent assez sérieusemeut troublées par des accidents dus à des phénomènes de putréfaction survenus au niveau du placenta. Néanmoins, la femme peut quitter l'hôpital, en bonne santé, 34 jours après l'opération.

L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas toucher au placenta, qui peut être l'origine d'hémorrhagies graves. Il rappelle un cas analogue, où l'arrière-faix ayant été lésé à l'occasion de l'extraction du fœtus, la perte de sang fut abondante et l'hémostase, en raison même de l'extrême friabilité du tissu utérin, extrêmement difficile.

Discussion : Dolléris pense qu'il y a avantage à opérer par l'abdomen lorsque le fœtus est mort : cette voie rend plus facile l'exploration de la poche et permet l'extraction plus facile du placenta, sinon séance tenante, au moins dans un court délai. D'autre part, avec l'élytrotomie les chances de septicémie sont plus grandes du fait de la communication de la poche avec le vagin. Jouin dit qu'il a eu l'occasion d'extraire par l'élytrotomie un kyste fœtal. Le fœtus enlevé, il retira le placenta par un curettage doux. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Mais il s'agissait d'un kyste ancien. Guéniot déclare que dans le cas d'un *fœtus mort*, et facilement accessible, il préférerait encore l'élytrotomie vaginale. Mais que dans celui d'un *fœtus vivant*, il choisirait, dans l'intérêt du fœtus, la voie abdominale. Quant aux dangers de septicémie du fait de la communication du vagin, il estime qu'ils sont considérablement atténués par les irrigations antiseptiques et le pansement à la gaze iodoformée. Quant à l'extraction immédiate du placenta, on n'y doit songer que si le fœtus est mort déjà depuis assez longtemps.

(*A suivre.*) R. L.

REVUE ANALYTIQUE

DÉVIATIONS UTÉRINES

De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le prolapsus utérin, par S. V. Ther-Mikaéliantse. *Vratch*, 1891, nº 9, p. 245.

L'auteur se prononce plutôt pour la suture à la paroi abdominale antérieure de la paroi postérieure de l'utérus (avec antéflexion consécutive) que de la paroi antérieure. Il donne comme raison de cette préférence l'absence, dans le premier cas, des fossettes latérales où pourraient venir s'engager des hernies; de plus, la pression intra-utérine ne s'exerçant que sur la paroi postérieure de l'utérus, les ligaments utéro-sacrés en sont déchargés d'autant. Toutes les fois que ces ligaments étaient perceptibles au toucher et facilement attaquables du côté de la cavité abdominale, il les raccourcissait bilatéralement pour les rendre plus aptes à remplir leurs fonctions normales.

Modification de l'hystérorrhaphie pour procidence sénile chronique. (A modification of hysterorrhaphy for chronic senile procidentia), Leith Napier. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1891, p. 516.

On fait sur la ligne médiane une courte incision jusqu'au péritoine, qui n'est pas ouvert. Alors avec une grande aiguille courbe forte et plate, du genre de celles de Hagedorn, solidement montée, et munie d'un œil large, on va, par le vagin, piquer la lèvre droite du col utérin. L'aiguille remonte le long du bord droit de l'utérus, dans l'épaisseur du tissu musculaire et va, après en être sortie, traverser le péritoine pariétal, au niveau de l'incision première. On passe alors dans l'œil de l'aiguille un crin de Florence solide, un catgut ou un fil d'argent, et on retire l'aiguille par le vagin. Elle entraîne alors le fil, en parcourant, en sens inverse, le chemin qu'elle vient de faire. On répète la même manœuvre à gauche, et on se trouve alors en présence de deux fils qui partent de la paroi hypogastrique et vont sortir par le vagin, en traversant le tissu utérin. On saisit leurs extrémités avec des pinces pour qu'ils ne s'échappent point. On glisse alors sur l'extrémité vaginale de chaque fil un disque de verre ou d'os décalcifié qui, en s'appli-

quant contre le col de l'utérus fixe solidement l'extrémité inférieure des fils et permet de soulever l'utérus en tirant sur l'extrémité supérieure qui sort par la plaie hypogastrique. On conduit alors, avec une aiguille, cette extrémité des fils à travers les muscles et la peau de la paroi abdominale antérieure, de chaque côté des lèvres de la plaie. Il ne reste plus qu'à fermer la plaie, s'assurer que l'utérus est bien soulevé, et fixer les fils avec des disques de verre ou des plaques d'os décalcifié, comme on l'avait fait pour l'extrémité vaginale.

Si des adhérences empêchent l'ascension de l'utérus, rien ne s'oppose à ce qu'on ouvre le péritoine pour aller les détruire.

Les avantages de cette opération seraient multiples, d'après l'auteur, bien entendu.

L'utérus serait plus solidement fixé ; l'opération plus courte ; les risques d'hémorrhagie, nuls ; les risques d'infection, à peu près nuls. Enfin l'opération serait plus facile.

L'auteur recommande les fils de fer tressés, auxquels il octroie les qualités d'une « excellente et impérissable suture, aussi flexible que le crin et plus durable que l'argent ». J.-L. FAURE.

De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical, par RIVIÈRE. *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 17 septembre 1892, p. 446.

Rapprochant de ce fait que sur 17 grossesses après hystéropexie il y a eu 13 accouchements à terme, 2 accouchements prématurés et 2 avortements ; cet autre fait que sur 15 grossesses après raccourcissement des ligaments ronds il y a eu 13 accouchements à terme et un avortement, Rivière conclut que le raccourcissement des ligaments ronds entraîne moins d'inconvénients pendant la grossesse et permet plus aisément à celle-ci d'arriver à terme. C'est donc au raccourcissement des ligaments ronds qu'il faut recourir dans les rétrodéviations qui ne s'accompagnent pas d'adhérences dans l'excavation sacrée.

Théoriquement, le raisonnement de l'auteur est parfait, mais en pratique, nous croyons qu'on n'aura guère lieu de suivre ses conseils ; les rétrodéviations non adhérentes et sans métrite concomitante nous ont toujours paru indolentes. Une fois la métrite guérie, le raccourcissement des ligaments ronds est donc inutile, et seule l'hystéropexie peut encore trouver ses indications.

H. H.

De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical, par RIVIÈRE. *Gazette hebd. de Bordeaux*, 1892, p. 381.

Au point de vue obstétrical, le raccourcissement des ligaments ronds est préférable à l'hystéropexie. Quand l'utérus n'a pas contracté d'adhérences dans l'excavation sacrée, le raccourcissement suivant le procédé d'Alquié-Alexander s'impose.

S'il y a des adhérences, il faut d'abord les détruire par la laparotomie, et pour fixer l'utérus préférer encore le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds à l'hystéropexie.

P. MAUCLAIRE.

Hystéropexie extra-péritonéale pour le traitement des déviations de l'utérus en arrière. (L'isteropessia estraperitoneale nella cura degli spostamenti posteriori dell'utero), CRESPI. *Annali di Ost. e Ginec.*, septembre 1890, p. 589.

C'est le même procédé opératoire que celui de Caneva qui en eut le premier l'idée, et Crespi employa cette méthode pour la première fois en 1888, ignorant le travail de Caneva. Dans un premier temps on réduit l'utérus au point d'amener le fond de cet organe contre la paroi abdominale. Dans un 2e temps on incise la paroi abdominale jusqu'au péritoine et l'on fait la suture et la fixation de l'utérus. Crespi a obtenu quatre succès avec cette méthode.

P. MAUCLAIRE.

Deux cas d'hystéropexie, par ESTOR. *Montpellier médical*, 1er septembre 1892, p. 649.

Dans le premier cas, la malade avait subi une amputation du col, une périnéorrhaphie et une colporrhaphie, mais ces diverses tentatives avaient complètement échoué, le col était à la vulve et la malade souffrant beaucoup marchait difficilement.

La deuxième malade était atteinte de rétroflexion irréductible. Pour arriver à redresser l'utérus, Estor fut obligé d'enlever les annexes des deux côtés; il pense que les lésions ovaro-salpingiennes sont la cause des troubles fonctionnels jusque-là attribués à la rétroflexion elle-même. Les ovaires et les trompes enlevés, l'utérus fut facilement fixé à la paroi abdominale.

Estor a cru remarquer que l'opération est plus facile lorsqu'on

prolonge l'incision abdominale aussi bas que possible, c'est-à-dire jusqu'à la symphyse pubienne. La vessie préalablement vidée ne gêne pas l'opération. P. MAUCLAIRE.

Recherches cadavériques sur le procédé d'hystéropexie vaginale de Schücking. (Leichenversuche über das Schücking'sche Verfahren der vaginalen Fixation), E. GLAESER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 21, p. 393.

C'est à la suite d'un échec après hystéropexie vaginale (procédé de Schücking), qu'on institua des expériences cadavériques avec l'intention de préciser quels tissus on pouvait éventuellement traverser avec l'aiguille. En tout, il fut fait dix expériences, nombre restreint, à la vérité, mais qui a permis de faire plusieurs remarques intéressantes.

Le cathéter introduit dans la vessie, et dirigé de façon à repousser cet organe en haut, n'a jamais lésé la muqueuse vésicale, d'où la conclusion que cette manœuvre pratiquée sur le vivant ne détermine pas des hémorrhagies. Dans la plupart des cas, il est possible de faire cheminer l'aiguille à travers le cul-de-sac vaginal sans léser ni vessie ni uretère. Cela est réalisable surtout dans les cas où il y a atrophie graisseuse accusée et où, de ce fait, le tissu rétro-vésical jouit d'une certaine laxité. Par contre, quand la région a été le siège de processus inflammatoires, qui ont intéressé l'utérus ou le tissu connectif rétro-vésical, les conditions semblent peu faites pour une opération idéale. Que la lésion de la vessie ne constitue pas une complication capitale, nombre d'observations en témoignent. Toutefois, ce n'est pas un accident négligeable et dont il ne faille pas se soucier.

Une expérience a, d'autre part, montré que l'uretère pouvait être saisi dans la ligature, accident qui, sur le vivant, aurait nécessité l'enlèvement du fil, sous peine de voir s'établir une hydronéphrose aiguë.

Somme toute, il ressort nettement de ces recherches cadavériques, que le procédé de Schücking de fixation vaginale peut créer des conditions de nature à compromettre l'existence elle-même, ou retentir gravement sur la santé générale. Ces faits enlèvent complètement à cette méthode le caractère d'une intervention inoffensive. A l'heure actuelle, il est plus facile au chirurgien de parer aux dangers de la ventrofixation que d'éviter les risques

associés à la fixation vaginale. D'autre part, la lenteur de la guérison avec cette dernière, et la nécessité pour l'opérée de porter longtemps un pessaire contribuent à la discréditer.

R. L.

Effets réciproques de la grossesse et de l'accouchement sur l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. (The reciproced effects of pregnancy and parturition upon the operation of shortening the round ligaments of the uterus), W. ALEXANDER. *Brit. med. Journ.*, London 1891, p. 348.

On a accusé l'opération d'Alexander de provoquer l'avortement, et, lorsque la grossesse a été conduite à terme et que l'accouchement a eu lieu, de permettre un nouveau déplacement de se produire.

L'auteur s'élève contre ces assertions.

En réalité, dit-il, les ligaments ronds raccourcis n'ont pas tant à supporter l'utérus qu'à le maintenir dans une position telle que les forces qui ont à le soutenir à l'état normal puissent agir efficacement.

En outre des considérations théoriques lui permettent d'affirmer que le raccourcissement des ligaments ronds ne présente pas les défauts qu'on lui reproche.

En effet, dit-il, dans la grossesse, les ligaments ronds raccourcis ne sont que fort peu allongés, parce que : 1° la distance de l'anneau inguinal interne à leur point d'attache à l'utérus n'est probablement pas plus grande dans l'utérus gravide que dans l'utérus normal; 2° pendant la grossesse, toute tension exercée sur les ligaments raccourcis produit non leur allongement, mais la dilatation de la cavité utérine dans une direction telle que cette tension ne soit pas accrue; 3° tout allongement des ligaments est sans doute corrigé par un raccourcissement post-puerpéral, les phénomènes qui accompagnent l'involution utérine se faisant sentir dans les ligaments aussi bien que dans l'utérus.

Enfin l'auteur apporte des observations à l'appui de son dire. Il signale sept cas de femmes opérées par lui qui ont ensuite conçu et accouché sans incidents et sans que l'utérus ait ensuite repris la position défectueuse qui avait nécessité l'opération première.

J. L. FAURE.

Compte rendu de cinq operations d'Alexander. (Resoconto di cinque operazioni d'Alexander), par L. CUGIANI. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mai 1890, p. 359.

Dans un cas, il fut impossible de trouver le ligament rond soit à droite, soit à gauche. Dans les quatre autres observations, le résultat resta parfait quelque temps après que les malades eurent repris leurs occupations ordinaires. Les douleurs, les métrorrhagies disparurent, quelques troubles nerveux persistèrent. L'opération d'Alexander donne donc de bons résultats dans les cas de rétroflexion, de rétroversion et de prolapsus léger, sans insuffisance périnéale. L'hystéropexie est indiquée pour les cas de prolapsus très marqué. Cugiani adopte en somme l'opinion éclectique de Trélat, qu'il cite et approuve. P. MAUCLAIRE.

Des opérations sanglantes pour le traitement de la rétroflexion utérine et spécialement des opérations d'Alexander et d'Olshausen. (Delle operazioni cruente per cura della retroflessione dell'utero e specialmente delle operazioni di Alexander et di Olshausen), par le Dr BOMPIANI. *Annali di Ostet. e Ginec.*, juillet 1890, p. 433.

Mauvais sont les résultats de la méthode vaginale de Rabenau, qui consiste à enlever sur une grande étendue la lèvre antérieure en comptant sur la rétraction cicatricielle pour réduire l'utérus dévié. Insuffisante est la méthode de Schucking qui fait la ligature utéro-vaginale avec une aiguille qui traverse la paroi antérieure de l'utérus et vient ressortir dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Il en est de même de l'opération ingénieuse de Schmidt qui excise un coin du tissu utérin au niveau de l'angle de flexion par la voie du cul-de-sac antérieur du vagin.

L'opération d'Alquié-Alexander ne doit pas être rejetée de parti pris comme on le fait en Allemagne. Le voisinage du péritoine n'est pas à craindre, la hernie consécutive est rare, le résultat est de longue durée, la grossesse est possible; quant aux cas mortels, 3 sur 140 opérées d'après Harrington, ils ne sont pas imputables à l'opération. Bompiani rapporte ensuite onze observations à l'appui de son dire, et il conclut en outre que cette opération qui peut être faite avec la cocaïne, est indiquée quand l'utérus n'est pas retenu en rétroflexion par des adhérences invincibles.

En Allemagne c'est l'opération d'Olshausen ou hystéropexie abdominale que l'on pratique plus volontiers.

Bompiani a fait cette opération dans quatre cas de rétroflexion avec adhérences ou hémato-salpinx; le résultat fut parfait.

L'opération de Ruggi, ou raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, n'a pas de grands avantages sur l'opération d'Alexander, car elle fait courir les dangers d'une laparotomie.

Klotz en pratiquant le drainage du cul-de-sac de Douglas aggrave l'opération d'Olshausen. Enfin dangereuses sont évidemment l'hystéropexie antérieure sans ouverture de la cavité péritonéale (Crespi) et l'hystérogastrorrhaphie par la voie vaginale de Caudela, car, dans la première méthode, l'intestin peut être lésé et dans l'autre la voie choisie pour arriver à la fixation du fond de l'utérus est éminemment septique. P. MAUCLAIRE.

Les opérations dans les déplacements utérins. (Operative procedies in uterine displacements), par O. E. HERRICK, de Grands-Rapides. *Am. J. obst.*, août 1892, p. 490.

L'auteur désapprouve, au point de vue mécanique, l'opération d'Alexander. Il affirme qu'aucun des ligaments utérins, sauf les ligaments ronds, ne possède de fibres musculaires; ils ne peuvent donc se contracter, ni se rétracter. Puis il parle d'un procédé de Sänger, qui a pour but d'attirer le col en arrière, dans la rétroflexion, et qui a été proposé par lui-même dans l'*American Journal of obstetrics* de mars 1891. Dr CORDES.

Déviations utérines congénitales chez les nouveau-nés. (Spostamenti uterini congenitie in neonate), BERTI. *Annali di Ost. e Ginec.*, septembre 1890, fig. 594.

Chez un nouveau-né l'auteur trouva une antéflexion utérine avec trajet anormal de l'S iliaque et rapports anormaux entre le rectum et l'utérus. Chez un autre enfant, on trouva une rétroversion, l'utérus étant recouvert par le rectum et repoussé à droite. Toutes ces déviations provoquées par le rectum, ne se laissaient pas réduire facilement. La distension artificielle de la vessie ne peut produire ces mêmes déviations.

P. MAUCLAIRE.

Du rapport qui existe entre les rétro-déviations de l'utérus et la prolongation des hémorrhagies qui suivent la délivrance et l'avortement. (On the relation between backward displacements of the uterus and prolonged hæmorrhage after delivery and abortion),

par G. Ernest Herman. *Trans. of the obstetric Soc.*, London, 1892, p. 14.

Dans ce travail, fondé sur l'analyse de 3,641 malades venues à la consultation de London hospital, l'auteur montre :

Que les rétro-déviations utérines sont plus fréquentes chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares;

Qu'elles sont plus communes chez les femmes dont l'accouchement ou l'avortement ont été suivis d'hémorrhagie prolongée que chez les autres ;

Que la prolongation de l'écoulement sanguin après l'accouchement ou l'avortement est plus fréquente dans les cas de rétrodéviations que dans les autres.

Il y a donc une relation entre les rétro-déviations de l'utérus et la prolongation des hémorrhagies après l'accouchement ou l'avortement. Hartmann.

De l'étiologie du prolapsus de l'utérus et du vagin. (Zur Aetiologie des Prolapsus von Uterus und Vagina), Ruter. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 37, p. 726.

L'auteur pense que le degré d'inclinaison du bassin (qui n'est pas constant, loin de là), joue un rôle prépondérant dans l'étiologie du prolapsus du vagin et de l'utérus. C'est aussi dans ce degré d'inclinaison qu'il faudrait rechercher l'explication de ce fait incontestable : que certaines femmes n'ont pas de prolapsus malgré l'existence de déchirures importantes du périnée. Voici le cas qui l'a conduit à cette opinion : 2 ans 1/2 auparavant, il avait traité un cas de prolapsus de l'utérus et du vagin par l'hystéropexie (procédé de Léopold) et, confiant dans l'efficacité de la méthode, il avait cru pouvoir prometlre la persistance de la guérison. Or, au bout de ce laps de temps, la femme s'était représentée, accusant les mêmes douleurs qu'avant l'opération.

Examinant la femme, il constata que, sous l'influence de la pression abdominale, paroi antérieure du vagin et vessie venaient faire entre les grandes lèvres une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. L'examinant ensuite dévêtue et dans la station verticale, il remarqua qu'elle reposait plutôt sur les talons que sur la tête des métatarsiens, que les genoux étaient légèrement pliés en avant, que la lordose lombaire était peu marquée, et qu'en revanche la cyphose dorsale était très accusée, cyphose de travail, la femme

ayant été, sa vie durant, forcée de porter de lourdes charges D'autre part, la symphyse pubienne était élevée, et par suite la vulve regardait directement en avant. La paroi abdominale antérieure présentait une cicatrice parfaite, avec un certain degré de dépression.

Les parois abdominales étaient flasques dans le voisinage de la colonne vertébrale, et, au niveau du détroit supérieur, comme déprimées vers l'excavation. Somme toute, le ventre au lieu de paraître arrondi, saillant, était comme rétracté. Quant à l'utérus, il était resté absolument dans la même situation qu'après l'opération. L'inclinaison du bassin sur l'horizon, évaluée d'après la méthode de Prochownik, fut trouvée égale à seulement 24°.

Ainsi, le bassin avait par rapport à l'axe du corps, plus spécialement par rapport à celui de la cavité abdominale, une direction telle qu'il devait pour ainsi dire aspirer tout le contenu abdominal, et supporter la pression abdominale. De cette circonstance défavorable, la récidive partielle et forcée du prolapsus.

R. L.

Périnéorrhaphie. Considération sur la méthode à lambeau de Tait ; comparaison avec les autres méthodes. (Perineorrhaphy with especial referente to M. Tait's flap method a comparison of other methods), par F. B. Robinson, de Chicago. *Am. J. of obst.*, mai 1892, p. 617.

L'auteur considère le périnée comme un soutien des organes pelviens.

Puis il fait de la périnéorrhaphie un historique remontant jusqu'à Paré et Guillemeau qui a réussi cette opération. Il fait un grand éloge de la méthode de Tait, qu'il décrit en détail avec accompagnement de figures explicatives.

Puis il décrit l'élytrorrhaphie d'après Emmet, qui conserve les colonnes antérieure et postérieure du vagin, et exprime le désir qu'on la fasse par la méthode à lambeau de Tait. Il en indique le manuel opératoire.

Il n'est pas partisan du raccourcissement des ligaments ronds, ni de l'opération de Schücking, ni de celle de Herrick, pour le prolapsus. Dr Cordes.

Inversion de l'utérus. (Inversion of the uterus), par Baldy. *The medical and surgical Reporter*, 25 juillet 1891, p. 123.

Une femme de 33 ans, qui avait eu un enfant 8 ans auparavant, fut de nouveau accouchée au forceps d'un enfant en 1888. Bientôt elle sentit une masse qui s'engageait dans le vagin et s'accompagnant d'hémorrhagies profuses et répétées. C'était une inversion de l'utérus compliquée d'un prolapsus complet de l'utérus et des annexes ; les ovaires occupaient la partie inférieure de la masse. La miction et la défécation ne sont possibles que quand on réduit la tumeur dans le vagin. On plaça un tampon dans le vagin pour maintenir la tumeur réduite. L'utérus revint ainsi à sa position normale. L'auteur revit la malade un an après ; le prolapsus existait toujours et il y avait tendance au retour de l'inversion. L'auteur pratiqua alors l'opération d'Emmet sur la paroi antérieure du vagin. Mais le prolapsus récidiva. Comme la malade souffrait beaucoup, on se décida alors à enlever les ovaires. L'utérus fut fixé à la paroi abdominale. Nouvelle récidive du prolapsus ; l'utérus redevint même en inversion. La malade finit par entrer à l'hôpital, où on lui fit une hystérectomie par la voie vaginale, et même après cette opération, il restait un peu de prolapsus des parois vaginales, prolapsus qui nécessitera probablement une nouvelle intervention

L'auteur conclut que quand on ne peut, par le tampon vaginal, maintenir réduite une inversion utérine, il faut d'emblée recourir à l'hystérectomie vaginale. R. S.

Prolapsus complet de l'utérus. Extirpation totale par le vagin. Guérison. (Caso di prolasso completo dell'utero. Extirpazione totale dalla vagina. Garigione), par A. Negretto. *Annali di obst. e ginec.*, Milano, avril, 1891, p. 440.

L'opérateur fit successivement une ligature élastique sur la partie supérieure du viscère, la dissection circulaire du vagin, plusieurs ligatures des ligaments larges, l'extirpation de l'utérus et enfin un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Guérison sans fièvre ; les parois vaginales ne présentèrent aucune tendance au prolapsus, la cicatrice resta solide.

P. Mauclaire.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

LE BILAN DE LA SYMPHYSÉOTOMIE RENAISSANTE AU 31 MARS 1893

Par **H. Varnier**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine

Le 11 décembre 1891, Spinelli, rentré à Naples après le voyage au cours duquel il avait conquis mon maître aux idées du sien, m'envoyait, en même temps qu'un article sur la statistique de Morisani et de l'hôpital des Incurables, une lettre où il disait :

« Du jour où cet article sera publié par les *Annales de gynécologie*, la question de la symphyséotomie s'imposera, je l'espère, à la discussion internationale. Nous le devrons au professeur Pinard dont le haut patronage nous est un gage de succès (1). »

Il nous a paru opportun, à la veille du jour (2) où va s'ouvrir, à la Société obstétricale de France et au Congrès allemand d'obstétrique et de gynécologie, la discussion sur la Symphyséotomie, d'établir les résultats de la campagne entreprise par les *Annales de gynécologie*, sous la vigoureuse impulsion

(1) *Ann. de gynéc.*, 15 janvier 1892, p. 1.

(2) Un extrait de ce mémoire a été déposé le 7 avril sur le bureau de la Société obstétricale de France, au cours de la discussion sur la symphyséotomie.

de Pinard et de Farabeuf et qui a semé la bonne parole de Morisani aux quatre coins du monde obstétrical.

A la fin de 1891, la Symphyséotomie antiseptique, réhabilitée à Naples grâce à la ténacité intelligente et à la pratique habile et heureuse de Morisani, n'était pas sortie d'Italie; son bagage se composait des 24 observations de la statistique de Spinelli.

Accueillie à bras ouverts par Pinard le 7 décembre 1891, elle partait de Paris, aux premiers jours de 1892 (1), pour refaire ce tour du monde d'où elle était revenue, au commencement du siècle, condamnée à mort sans phrases.

Le 29 avril, le mouvement gagnait l'Allemagne, le 4 août l'Autriche, le 4 septembre la Russie, le 30 septembre l'Amérique, le 22 novembre l'Angleterre; si nous en croyons les journaux étrangers (2), et nous avons de bonnes raisons pour

(1) *Ann. de gynéc.*, 15 janvier et 15 février 1892.

(2) Voyez le *Medical News* du 22 octobre 1892. The rise and dissemination of Symphysiotomy.

Voyez également : H. J. GARRIGUES. Symphysiotomy. *The American Journal of the Medical sciences*, mars 1893, p. 287.

« The fourth period extends from the beginning of 1886 until the present time, and in it the year 1892 will probably form a turning-point, the operation having spread from Italy, in which country it found a home at a time when it was unanimously proscribed everywhere else, to France, Germany, Austria, Russia, the United States, Ireland, and Canada.

The origin of this newest movement can clearly be traced. In vain had Morisani written on the subject time and again. Most obstetricians cannot read Italian, and if they go to Naples it is more to look at the blue grotto and climb Vesuvius than to inquire for the latest progress in medicine. In vain Mangiagalli, in the north of Italy, had called attention to what had been done in Naples. In vain Harris simultaneously placed the matter before the English-speaking world.

But in the year 1891 it so happened that Spinelli, a pupil of Morisani, during a visit to Paris, demonstrated the operation on the cadaver to Prof. Pinard, who wrote an article in its favor even before he had performed it (*Ann. de Gynécol.*, february 1892, vol. XXXVII, p. 83).

When Pinard had performed two operations (c'est 3 qu'il faut dire). Freund performed one in Strassburg, in Alsace, the tie between France and Germany. Then Leopold followed in Dresden, and gradually it spread all over the world, my case being the first in the city of New-York ».

les croire, les *Annales de gynécologie* sont, directement ou par ricochets, responsables de cette diffusion rapide. Ceci soit dit pour rendre à Spinelli les comptes qu'il est en droit de nous demander au nom de l'École napolitaine.

Il nous avait remis 24 observations italiennes ; ces 24 observations n'étaient pas toutes les observations italiennes de 1887 à fin 1891 ; mais il s'en fallait de peu. Dans sa dernière statistique (1), Morisani compte 36 cas pour la même période. Avec les 6 opérations faites en 1892, celà porte le chiffre total des cas italiens pour 1887-1892 (5 ans) à 42. Sur ces 42 cas, 2 mères sont mortes et 5 enfants (2).

A ces 42 cas italiens, la statistique que nous avons dressée en adjoint à ce jour 82 internationaux, pour la seule année 1892 et les 3 premiers mois de 1893.

Ces 82 cas se répartissent comme suit :

France	49
États-Unis	12
Allemagne	7
Autriche	7
Russie	4
Angleterre	2
Canada	1

De ces 82 cas, 68 sont publiés ou m'ont été communiqués avec des détails suffisants pour permettre d'en tirer des conclusions fermes.

Je suis particulièrement reconnaissant au professeur Moussous, à mes collègues et amis Ribemont-Dessaignes, Rémy, Lepage, aux docteurs Harajewicz, Beugnies et Tollemer d'avoir bien voulu m'adresser leurs observations encore inédites.

J'ai réuni les 68 observations détaillées en un tableau synoptique. Je les fais suivre des indications succinctes que j'ai pu recueillir sur 14 cas non encore publiés in extenso, de façon à ne pas émailler mon relevé de points d'interrogation.

(1) *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, janvier 1893, p. 31.

(2) Voyez plus loin aux chapitres mortalité maternelle et mortalité fœtale.

J'y joins enfin, à titre de pièces justificatives, la reproduction intégrale de tous les cas dans lesquels il y a eu mort de la mère ou mort de l'enfant.

Chacun pourra ainsi se faire, à bon escient, une opinion sur ce qu'on peut demander à la Symphyséotomie et obtenir dès maintenant de cette opération.

Aux 68 observations détaillées de mon tableau synoptique, il faut ajouter, ai-je dit, 14 cas dont les résultats sont connus, mais qui n'ont été publiés, au moment où j'écris, qu'avec des détails trop sommaires.

Ce sont les observations de : Smyly, de Dublin ; Springle, de Montréal ; Koschkaroff, de Jaroslaw ; Herzfeld, Schauta, de Vienne; John Milton Duff, de Pittsburg; Henry C. Coe, de New-York ; H. N. Lewers, de Londres; E.-H. Grandin, de New-York; Fochier, de Lyon; Maygrier, de Paris; Budin, de Paris. Les voici :

69. — SMYLY (de Dublin), d'après le *British med. J.* du 3 décembre 1892, a pratiqué la première symphyséotomie dans le Royaume-Uni, le 22 novembre 1892, à l'hôpital de la Rotunda à Dublin. Neuf jours après l'opération, la mère et l'enfant étaient en parfait état.

. . . .

70. — SPRINGLE (de Montréal). Cas indiqué dans le relevé de Harris (1), comme le 6e des 11 cas américains connus au 18 février 1893. Il est également cité comme *cas heureux* dans une note annexe au mémoire de Michael d'après le *Montreal med. Journ.* de janvier 1893, que je n'ai pu me procurer. L'opération a été pratiquée entre le 5 et le 16 décembre 1892.

71. — KOSCHKAROFF (de Jaroslaw). Cas indiqué par Krassowski (*Centr. f. Gyn.*, 4 février 1893, n° 5). A l'occasion de la présentation de l'opérée de Krassowski à la Société obstétricale de Pétersbourg, le 17-29 décembre 1892, « le Dr Koschkaroff de Jaroslaw annonce qu'il a, quelques jours auparavant, fait une symphyséotomie avec succès pour la mère et l'enfant ».

(1) *Medical News*, 18 février 1893, p. 180.

72, 73, 74. — SCHAUTA et HERZFELD. Dans la séance du 10 janvier 1893 de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Dresde (*Centralbl. f. Gyn.*, 25 mars 1893), Schauta communique les 3 premiers cas de symphyséotomie pratiquée à Vienne par lui, le 13 et le 30 novembre, et par Herzfeld (1).

Voici le résumé de ces 3 cas :

1[er] CAS. — 13 novembre 1892. Primipare de 35 ans. Conjugué vrai de 71 millim.

Femme en travail depuis le matin, apportée à l'hôpital à 2 heures de l'après-midi.

Poche rompue, orifice perméable à quatre doigts.

Malgré des contractions énergiques la tête ne s'engage pas. Début d'amincissement du col. Disproportion trop marquée pour espérer avec le forceps extraire un enfant vivant.

Symphyséotomie d'emblée, complète. Écartement immédiat de 20 millim. Forceps ; extraction facile, par une seule traction, d'un enfant vivant de 2750 grammes.

Mère guérie ; se lève le 15[e] jour.

2[e] CAS. — 30 novembre 1892. Primipare de 26 ans ayant un bassin à conjugué de 95 millim.

Sommet fixé à l'entrée du bassin. Travail durant depuis 10 heures. Orifice ouvert ; les bruits du cœur s'entendent bien.

Comme la viciation pelvienne n'était pas très prononcée, j'essayai d'abord avec le forceps de Breuss de faire passer la tête.

Après 8 tractions fortes la tête n'avait pas bougé. A ce moment, comme d'après les indications adoptées par nous il ne pouvait être question que de la crâniotomie, le forceps étant laissé en place, on fit la symphyséotomie grâce à laquelle une seule traction permit l'extraction de la tête.

Enfant vivant de 3350 gr. Le 18[e] jour la patiente put se tenir debout.

(1) Voyez également *Wiener Klin. Wochenschrift*, 2 mars 1893, p. 168.

3e Cas. — 10 janvier 1893. Il s'agissait d'un bassin dont le conjugué mesurait 81 millim. La symphyséotomie fut pratiquée par Herzfeld et permit d'extraire un enfant vivant de 2150 gr. Le 18e jour après l'opération la patiente quitta le lit sans le moindre trouble de la marche.

Ces 3 opérations ont été faites d'après le manuel opératoire ordinaire, avec cette seule différence que la symphyse fut suturée au fil d'argent (suture osseuse) afin d'obtenir la *restitutio ad integrum*. (Suit la description du manuel opératoire de cette suture.)

Les femmes purent toutes se lever entre le 15e et le 18e jour, et jamais il n'y eut de gêne de la marche. Dans le premier cas la la suture osseuse n'a pas complètement réussi, parce qu'elle avait été placée trop près du cartilage articulaire et qu'elle coupa, ce qui entraîna une béance persistante de 1 centim.; dans les deux derniers cas les extrémités symphysiennes furent complètement rapprochées, à 1 millim. Schauta refuse de voir dans le petit insuccès de son premier cas un argument contre le bien-fondé de son point de vue que la suture osseuse n'est point superflue; il considère cette modification comme un progrès dans le manuel opératoire.

Il espère que la symphyséotomie va conquérir à Vienne droit de cité et que, par suite, l'indication de la section césarienne se trouvera notablement diminuée, d'autant plus que l'opération est inoffensive, et que pas une seule fois l'hémorrhagie n'a été considérable.

75. — John Milton Duff (de Pittsburg). Cas indiqué dans le relevé de Harris comme le 9e des 11 cas américains connus au 18 février 1893. L'opération a été faite entre le 30 décembre 1892 et le 1er février 1893.

Mère guérie. Enfant vivant.

76. — Henry C. Coe (New-York). Le *Medic. Record*, du 11 février 1893, annonce que le Dr Henry C. Coe, de New-York, vient de pratiquer avec succès une symphyséotomie. Il a pu extraire un enfant vivant dans un bassin dont le

conjugué vrai mesurait un peu plus de 3 pouces (76 millim.). C'est la 3e symphyséotomie pratiquée à New-York et la 10e en Amérique (la 11e, Canada compris).

77. — H.-N. Lewers qui a écrit pour la *Lancet* un article sur la leçon de Pinard du 7 décembre 1892, annonce dans une lettre publiée par le même journal le 4 mars 1893 (1) qu'il a fait, le 12 février 1893, au London Hospital de Londres, une symphyséotomie avec succès pour la mère et pour l'enfant. Il s'agissait d'un bassin un peu trop petit pour permettre la délivrance par le forceps. Il y avait eu, au préalable, deux applications de forceps. L'extraction fut facile après symphyséotomie. L'enfant, né en état de mort apparente, fut ranimé en quelques minutes. La symphyséotomie fut difficile ; le bistouri cassa et on dut avoir recours à la scie.

Aux dernières nouvelles (lettre à Pinard) l'enfant se développait bien et la mère était dans un état satisfaisant.

78, 79. — Egbert H. Grandin (*Medic. Record.*, 18 mars 1893, p. 348) relate brièvement à la New York Academy of Med., le 23 février 1893, 2 nouveaux succès de la symphyséotomie. Mères et enfants vivants (11 et 20 février 1893).

Dans le premier cas il s'agissait d'un bassin généralement rétréci. Les membranes étaient intactes, la tête au détroit supérieur, l'engagement impossible, les bruits du cœur fœtal rapides et irréguliers. Il fallait intervenir pour éviter la mort de l'enfant. Des tractions judicieuses avec le forceps ayant convaincu Grandin que l'enfant ne pouvait être extrait vivant de cette façon, il pratiqua la symphyséotomie. La mère et l'enfant sont vivants.

La seconde opération remonte à 3 jours. La patiente avait 4 pieds 7 pouces de haut, un bassin infantile, était à terme et en travail. L'opération fut dans ce cas une opération de choix, car, quand le col fut ouvert aux trois quarts et dilatable, Grandin fit anesthésier la femme, pratiqua la symphyséotomie, fit la version et put extraire l'enfant vivant.

Ces deux cas se sont présentés depuis 12 jours. Les deux

mères et les deux enfants sont vivants. Auparavant, dans un cas semblable, il aurait sûrement fallu faire l'opération césarienne.

Dans les deux cas Grandin fit l'opération en incisant de haut en bas et de dehors en dedans, avec un bistouri ordinaire jusqu'à ce qu'il arrivât sur le ligament sous-pubien ; il prit alors un bistouri recourbé et sépara le ligament par un coup en haut.

L'écartement fut de deux pouces et demi dans le premier cas et de deux pouces dans le second. Dans les deux cas l'extraction fut difficile. La tête du premier enfant avait à peu près les diamètres normaux ; mais la fontanelle postérieure était absente, et l'antérieure n'avait que les deux tiers de la normale, de sorte que la tête ne se moula pas bien.

80. — Fochier (de Lyon). Cette observation a été communiquée à la Société obstétricale de France le 7 avril. Voyez plus loin le compte rendu.

Mère guérie. Enfant vivant.

81. — Maygrier (de Paris). Voyez plus loin l'observation au compte rendu de la Société obstétricale de France La symphyséotomie a été pratiquée dans le but, non atteint, de permettre l'extraction d'un enfant vivant dans un cas de fibrome périostique obstruant l'excavation. Après plusieurs applications de forceps infructueuses il fallut pratiquer la basiotripsie. La plaie réunit bien mais la femme eut une phlegmatia le 12e jour et mourut subitement le 21e jour d'embolie pulmonaire.

82. — Budin (de Paris). Voyez plus loin le compte rendu de la Société obstétricale de France. Mère guérie. Enfant né en état de mort apparente, ranimé, mort quelques jours après d'hémorrhagie méningée. Il y avait eu avant la symphyséotomie emploi infructueux du forceps. L'auteur est de ceux qui « laissent à la tête elle-même le soin d'éloigner les pubis l'un de l'autre » après symphyséotomie.

Nous pouvons donc, dès maintenant, tabler sur **124** opé-

rations (les 42 italiennes, les 68 du tableau, les 14 annexes).

Sur 124 opérations :

MÈRES		ENFANTS	
Guéries......	112	Vivants......	92
Mortes.......	12	Morts........	32

Ceci, j'y insiste, est la *statistique brute, non expurgée* Étudions-la d'un peu plus près et catégorisons les cas.

1° Mortalité maternelle

I. Cas de Olivieri, de Naples (Incurables).
II. Cas de Martino, de Naples (Incurables).
III. Cas de Ribemont (Paris, Beaujon).
IV. Cas de Torngren (Helsingfors).
V. Cas de Porak (Paris, Lariboisière).
VI. Cas de Beugnies (Givet).
VII. Cas de Ribemont (Paris, Beaujon).
VIII. Cas de Schwartz (Funfkirchen).
IX Cas de Tellier (Lyon).
X. Cas de W.-T. Lusk (New-York).
XI. Cas de Porak (Paris, Lariboisière).
XII. Cas de Maygrier (Paris, Pitié).

Personne, après avoir lu ci-dessous les observations, ne songera à porter la mort de la mère au passif de la symphyséotomie dans **8** de ces cas où elle est manifestement due à des *causes indépendantes* de cette opération, savoir :

1. Ribemont.........	Pneumonie à pneumocoques.
2. Torngren.........	Paralysie du cœur.
3. Porak............	Perforation utérine.
4. Martino.......... 5. Beugnies......... 6. Ribemont......... 7. W.-T. Lusk.......	Septicémie puerpérale d'*origine utérine*. Symphyséotomie *secondaire*, après nombreuses tentatives de délivrance faites en ville.
8. Maygrier.........	Phlegmatia. Mort subite par embolie.

La discussion ne peut porter que sur **4** cas : **Olivieri** (1888), **Schwartz** (Fünfkirchen, 1892), **Tellier** (1892), **Porak** (1892).

Le cas d'Olivieri est trop imparfaitement connu pour qu'on puisse en inférer quoi que ce soit.

Des observations de Schwartz et de Porak, tout ergoteur pourra tirer la conclusion qui conviendra le mieux à sa thèse (p. 261 et 262). Pour nous qui ne voulons parler que de symphyséotomie antiseptique elles ne **sauraient entrer dans** notre pourcentage de mortalité.

Seul, jusqu'à ce jour, le décès de l'opérée de Tellier peut entrer en ligne de compte.

Du fait de l'opération antiseptiquement pratiquée sur des femmes non préalablement infectées : **1 décès sur 117 cas** (1). Voyez les pièces ci-dessous :

1. — **Cas de Ribemont-Dessaignes**. (N° 45 du tableau synoptique.)

Femme opérée le 28 novembre, *secondairement*, après application de forceps infructueuse; elle a succombé le 12e jour à une pneumonie à pneumocoques. L'enfant a lui-même succombé à une affection de même nature le 17e jour. L'examen bactériologique fait par le Dr Mosny, attaché au laboratoire du professeur Straus, a montré l'existence de pneumocoques dans les poumons de la mère et de l'enfant.

2. — **Cas de Torngren**. (N° 21 du tableau.)

IXpare. Symphyséotomie d'emblée. Application du forceps Tarnier. Enfant vivant. Mort de la mère 48 heures après: Autopsie. Cause de la mort : Paralysie du cœur.

A. K..., 40 ans, IXpare.

Les 4 premiers enfants furent expulsés spontanément ; le 2e mort-né, après 5 jours de travail ; le 4e pesait 3100 grammes. Au 5e accouchement, version nécessitée par rétrécissement du bassin, enfant mort de 4000 grammes. Au 6e, version, extraction difficile de la tête dernière, emploi infructueux du forceps, enfant pourtant

(1) Voyez plus loin l'observation de Tellier in extenso et nos réflexions. — Ce chiffre de 117 comprend toutes les observations ci-dessus indiquées, abstraction faite des cas de Martino, Beugnies, Ribemont, Lusk, Olivieri, Schwartz et Porak.

vivant. Le 7ᵉ accouchement se termina spontanément; enfant vivant de 3300 gr.

Au 8ᵉ accouchement, version, enfant mort, long de 54ᶜ, bipariétal 9,75, extraction difficile.

Avant l'accouchement actuel, le 9ᵉ, cette femme, maladive pendant toute l'année, a eu ses règles pour la dernière fois en novembre 1891 et a perçu les premiers mouvements actifs le 17 avril 1892.

Les douleurs commencèrent le 3 septembre à 10 heures du matin; rupture spontanée des membranes à 6 heures du matin le 4 septembre.

Entre à la maternité d'Helsingfors le 4 septembre à 9 heures du matin.

A l'examen on trouve: Présentation du sommet en droite transversale; enfant vivant.

Bassin généralement rétréci; distance des épines iliaques 21,4 des crêtes iliaques 27; des trochanters 28,5. Diamètre de Baudelocque 17,5. Conjugué diagonal 10,2. Conjugué vrai 8,2.

Le 5 septembre, à 9 heures du matin, l'orifice utérin était perméable à quatre doigts, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur, crâne bien ossifié, sutures et fontanelles petites et étroites. La tête déborde fortement la symphyse.

Comme d'après les principes de Morisani il y avait indication à la symphyséotomie, je me décidai à la pratiquer, surtout en considérant que dans trois accouchements précédents par la version un seul enfant était né vivant.

Incision cutanée de 8 centimètres découvrant la symphyse et son bord supérieur; hémostase veineuse à l'aide de pinces. Sous le contrôle d'un doigt introduit dans le vagin, incision de la symphyse y compris le ligament sous-pubien avec un bistouri boutonné. Ecartement symphysien de 4 a 5 c. La plaie est protégée par de la gaze iodoformée. Application du forceps Tarnier et extraction facile. Ligature des vaisseaux. Sutures profondes et superficielles. Délivrance artificielle.

Application d'une bande d'Esmarch par-dessus le pansement.

L'hémorrhagie pendant l'accouchement fut moyenne.

La patiente est très agitée pendant l'opération; le pouls petit et accéléré.

Le 6 septembre, à 6 heures du matin, l'opérée tomba dans le collapsus et mourut à 7 heures.

L'*autopsie* donna les renseignements suivants : Cœur gras. Hypertrophie du cœur droit. Emphysème pulmonaire. Néphrite chronique.

Cause de la mort : Paralysie du cœur.

L'enfant, né en état de mort apparente, fut ranimé et il était en très bon état lorsqu'il quitta la Maternité le 13 octobre. Poids de naissance 3,400 grammes.

Bipariétal 9,5. Bitemporal 8. Occipito-frontal 11. Occipito-mentonnier 13. Sous-occipito-bregmatique 10,5. Longueur 51 cent.

Le résultat malheureux de l'opération ne peut à mon avis, dit Torngren, être imputé à la méthode opératoire, car les lésions des organes internes avaient affaibli la résistance de la femme et il est vraisemblable que le chloroforme a eu aussi une part dans le résultat final.

3. — **Cas de Porak.** (N° 36 du tableau.)

Symphyséotomie secondaire à sept applications de forceps au détroit supérieur, dont 3 *faites en ville, dans un bassin de* 7 *c.* 5. — *Mort de la mère le lendemain. Autopsie. Enfant mort.*

La nommée J. D..., 41 ans, jardinière, de bonne santé habituelle, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 21 octobre 1892.

3 accouchement antérieurs le 1er très long (3 jours), présentation du sommet.

Au 2e, présentation du siège, extraction. Au 3e, présentation du sommet, Les enfants étaient de volume moyen, à terme et sont nés vivants.

Depuis 10 ans pas de nouvelle grossesse.

Grossesse actuelle normale. La parturiente est à terme.

Travail. Début, 18 octobre à 10 heures du matin. Rupture des membranes 19 octobre à 9 heures du matin; dilatation complète depuis le 20 au matin.

On avait pratiqué en ville trois applications successives de forceps.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade avait de la fièvre, le thermomètre marquait 39°.

Bassin rétréci : diamètre promonto-sous-pubien 9,7. La tête peu fléchie se présente en O.I.D.P.

On me fit prévenir, mais étant absent de chez moi, M. Bernheim

appliqua à deux heures de l'après-midi successivement 3 *fois le forceps*, suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin et exerce des *tractions énergiques*, mais inutiles.

J'arrive à l'hôpital vers 4 heures. *Je tente une nouvelle application de forceps* suivant le diamètre antéro-postérieur.

Me basant sur des recherches récentes de MM. Tarnier et Tissier et rapportées dans l'*Anatomie obstétricale*, récemment parue, de M. Demelin, j'espérai, en faisant étendre les jambes de la parturiente de faire basculer le sacrum et d'obtenir une rétropulsion du promontoire de quelques millimètres qui me permettraient peut-être de réussir, même après l'échec des applications antérieures du forceps. Des tractions modérées me démontrèrent bien vite l'inutilité de mes efforts. On entendait encore très distinctement les battements du cœur du fœtus.

Que faire? Pratiquer l'embryotomie? Malgré le peu de chances que nous possédions de sauver l'enfant, je ne pus me résoudre à pratiquer cette opération qu'on doit de plus en plus considérer « comme l'opprobre de l'obstétrique » et je décidai la symphyséotomie.

Précautions antiseptiques minutieuses, femme couchée en long sur le lit, les jambes rapprochées ; incision de trois ou quatre centimètres au niveau du bord supérieur de la symphyse, décollement du tissu cellulaire post-pubien, incision à l'aide d'un bistouri boutonné de la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant, dans toute son étendue et continuée sur le ligament triangulaire. Écartement des pubis d'*un centimètre*.

Femme placée en travers du lit, les membres inférieurs fléchis sur le bassin et maintenus rapprochés, *un aide maintenant solidement les os iliaques*. Application de forceps facile.

L'écartement maximum des pubis *pendant l'opération* n'a pas dépassé 4 centimètres.

Malheureusement *l'enfant né en état de mort apparente n'a pas pu être ranimé*. Il pesait 3350 grammes ; longueur 51 centimètres. Diamètre de la tête O. F. 11,8 ; O. M. 13,4 ; Bip. 8,8 ; Bit. 7,2. S. O. B. 9,8.

Délivrance artificielle. Injection vaginale après lavage des organes génitaux externes. Sutures superficielles et profondes de l'incision faite au-devant des pubis. Bandage très solide à l'aide de bandes entourant le bassin recouvert d'une couche d'ouate.

Peu de temps après l'opération, ballonnement considérable de l'abdomen. Temp. 38°,2. Pouls 176.

5 centigr. d'extrait d'opium. Champagne. Glace sur le ventre.

22 octobre. Ballonnement plus considérable de l'abdomen, gène considérable de la respiration, pas de vomissement, altération du facies, peu de douleurs, sueurs froides, délire.

La vessie est vidée trois fois à l'aide du cathétérisme. Température 37°,4. Pouls 100.

A 6 heures, mort, survenant rapidement, presque subitement.

Autopsie. — Dimensions du bassin : détroit supérieur : antéro-postérieur minimun (les os iliaques étant rapprochés) 7 c. 5; Transverse 13 c. 2 ; oblique 11,5.

Distance des crêtes iliaques 25,5; diamètre des épines antéro-supérieures 23,5; diamètre des trochanters 30.

Détroit inférieur : diamètre coccy-sous-pubien 10 c. 5. Diamètre biischiatique 12; diamètre bisciatique 12.

Plaie pubienne offre une bonne apparence. Pas de lésion de la vessie ni de l'urèthre.

A l'incision du péritoine, écoulement d'un liquide louche et rougeâtre, ballonnement considérable du ventre.

Pas de rougeur du péritoine, si ce n'est au cul-de-sac postérieur.

Dans le Douglas, fausses membranes, taches ecchymotiques et vers le milieu de l'utérus, dans une partie correspondante à la moitié du col, une déchirure du péritoine de 2 centim. à peu près. Les dimensions de la déchirure diminuent en s'enfonçant dans le tissu utérin. Au niveau de la surface interne et plissée du col, on découvre assez difficilement un orifice ayant quelques millimètres de diamètre.

4. — Cas de Martino.

Cité par Morisani (1).

C'est l'observation 23 de la statistique italienne depuis le 11 mars 1887.

Date de l'opération, 12 septembre 1890. Femme N. N..., 24 ans, primipare à terme. Conjugué vrai de 67 millim. Procidence du cordon ombilical.

Enfant mort.

(1) *Ann. di Ost. e Ginec.*, janvier 1893, p. 34.

Mère morte de métro-péritonite.

C'est sans doute la même observation qui porte le n° 18 de la statistique d'Harris (1), et ainsi conçue :

22 septembre 1890. Antonio Martino opérateur (hôpital des Incurables). Primipare de 24 ans, en travail depuis plusieurs jours lorsqu'elle fut amenée à la Maternité. Conjugué vrai 67 millim.

Présentation de l'épaule droite; procidence du cordon. Enfant mort asphyxié.

Mère morte le 12e jour de métro-péritonite.

Ce cas ne se trouve ni dans la statistique de Spinelli, ni dans celle de Caruso.

F. Campione (Considerazioni storico-statistiche sulla sinfisiotomia, in *La Puglia Medica*, 1re année nos 1 et 2, janvier et février 1893, p. 33), donne quelques indications complémentaires « il s'agit, dit-il, d'une femme, entrée à l'hôpital dans des conditions défavorables, ayant subi en ville plusieurs tentatives de version pour une présentation de l'épaule avec procidence du cordon. Opérée aussitôt, elle mourut de métro-péritonite septique nonobstant une stricte antisepsie ».

5. — **Cas de Beugnies.** (N° 40 du tableau.)

Symphyséotomie secondaire. Accouchement commencé depuis 48 heures. Enfant mort par procidence du cordon. Applications de forceps, à 4 mains, infructueuses, malgré crâniotomie. Gangrène blanche. Mort au 15e jour.

Le 6 novembre dernier, mon confrère le Dr Bénit me fit mander pour un cas de dystocie. Il s'agissait d'une femme de 22 ans, primipare, en couches depuis 48 heures. Une procidence du cordon avait provoqué la mort de l'enfant depuis la veille ; tête au détroit supérieur en O.I.G, Engagement complet qui rend peu facile la mensuration exacte du diamètre promonto-sous-pubien ; mais, de recherches sommaires, nous l'évaluons approximativement à 70 *millimètres : nous sûmes plus tard qu'il était moindre.* En effet, la femme a 1 m. 33 de taille verticale, des hanches « garçonnières », un bassin dont l'épaisseur totale, d'avant en arrière, ne dépasse pas 15 à 16 centimètres, et dont la largeur d'une épine

(1) The remarkable results of antiseptic symphysiotomy. — *Gynecol. Transact.*, vol. XVII, 1892.

iliaque supérieure à l'autre mesure exactement $0^{m},21$. Elle ressemble à une fillette de 13 à 14 ans.

Mon confrère n'a été appelé que quelques minutes avant moi et n'a rien voulu faire sans mon aide. A huit heures du matin nous appliquons le forceps. Plusieurs tractions restent infructueuses.

Perforation de la voûte crânienne, puis traction assez énergique à quatre mains qui demeure également infructueuse. Nous laissons le forceps en place et nous proposons la symphyséotomie qui est faite une heure plus tard. La section du ligament inférieur du pubis s'accompagne d'une hémorrhagie assez abondante que nous faisons cesser en extrayant le fœtus au plus vite. Le fœtus pèse 4 kil. 250. Hémorrhagie utérine violente qui nécessite la compression de l'aorte. Sutures au gros câble de soie.

Tout le travail chirurgical a été accompli sous le chloroforme et avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ; mais il faut nous hâter de dire que nous sommes dans un milieu d'extrême misère et d'une grande saleté. Nous opérons sur un matelas crasseux (nous n'avions point trouvé autre chose) dont la patiente était à peine séparée par un lambeau de serviette propre.

Nous avons suivi le manuel opératoire des auteurs contemporains.

Dans l'après-midi nous revoyons notre malade qui n'a pas de fièvre, ne souffre pas, fait très bonne figure, mais a le pouls à 135-140.

Le 7 novembre 8 h. matin.	T. 38°,4.	Pouls 130.	
Le 8, 9 h.	37°,9.	150.	

Nous avons suturé le 7 les débridements labiaux que nous avons dû faire à droite et à gauche de la vulve, pour le passage de la tête.

Le ventre étant un peu tendu et les seins durs, nous prescrivons 20 grammes d'huile de ricin qui produisent 4 selles. La langue est humide. *La petite contre-ouverture laissée dans le vagin pour l'écoulement de l'exhalation sanguine des sinus périvésicaux (!)*, donne un liquide rouge brun sans odeur. Pas de coliques. Sommeil excellent. La plaie pubienne est réunie par première intention La malade est sondée toutes les 4 heures. On pratique deux grandes injections *boriquées* par jour. Les parois vaginales un peu bleuâtres, après le traumatisme opératoire, sont bien roses, nos sutures labiales sont en bonétat.

Le 9. Ventre un peu tendu. Respiration : 39.

Température mat. : 38°,4. Diarrhée légère. Les sutures périnéales sont enflammées, relâchées et les lèvres d'affrontement recouvertes d'un enduit blanchâtre. La muqueuse vaginale profonde est elle-même maculée de ces taches blanches qui ne tardent pas à s'enfoncer dans son épaisseur, à prendre un aspect diphtéroïde et une consistance fibreuse. Nous sommes en face d'une gangrène blanche qui ne disparaîtra plus jusqu'à la mort de notre malade.

Le 10. L'arcade crurale est surmontée d'un œdème dur qui la longe entièrement. Courbe thermiq. 38°,7 ; 39°,2.

Le 11. Accentuation des mêmes symptômes. Grand frisson le soir. Le sang qui suinte, tache le linge comme de la sépia. Température du soir : 40°,5.

Le 12. Température oscillant de 39°,1 à 40°,2. Pouls élevé.

Les 13 et 14. Même état. Pneumonie de la base gauche. *Nous détachons nos sutures abdominales et constatons que leurs lèvres sont incrustées de plaques blanches qui ont détruit leur adhérence primitive* et produit le même travail de disjonction qu'aux plaies vaginales. Peu de pus dans la plaie dont le fond est recouvert d'un tapis grisâtre. L'ouverture a une odeur gangréneuse, et permet de voir que la suture articulaire n'a pas tenu.

Le 15. Même état. La température du soir est plus basse que celle du matin. Frisson vers la nuit.

Le 16. Amélioration relative des symptômes généraux. Le pouls, la température et le rythme respiratoire ont subi un ralentissement considérable.

Le 17. Même inversion thermique que le 15. Le facies se plombe.

Le 18. Le pouls est dicrote et rapide (160-170).

Le 19. Même état.

Le 20. Mort à 4 heures du soir. La température matinale était tombée à 37° ; les plaques gangréneuses s'amincissaient et se décortiquaient, mais le pouls demeurait toujours dicrote, misérable, et rapide.

Réflexions : La caractéristique de ce cas est :

1° Un rétrécissement extrême du bassin dont tous les diamètres étaient considérablement réduits. *Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait exactement 64 millimètres (!).*

2° Une intervention tardive, dont la sage-femme, coutumière de ces actes d'ignorance, demeure absolument responsable.

3° Une inflammation gangréneuse des organes génitaux qui a été la cause de la mort.

6. — **Cas de Ribemont-Dessaignes.** (N° 16 du tableau.)

Des renseignements qui m'ont été fort gracieusement fournis par M. Ribemont-Dessaignes (les observations seront prochainement publiées in extenso) il résulte que la femme opérée par lui, le 24 juillet, *secondairement*, après trois jours de travail et de nombreuses applications de forceps faites en ville, était infectée et dans un état déplorable lors de son transfert à l'hôpital Beaujon. La symphyséotomie ne saurait ici être incriminée.

7. — **Cas de W. T. Lusk.** (N° 65 du tableau.)

Cette observation, signalée par R. P. Harris dans deux notes récemment parues (*Lancet*, 25 février 1893, et *La Rassegna d'Ostetricia e Gynecologia* de Naples, 15 mars 1893, p. 86) fait partie des onze premières opérations américaines (Canada compris) dont Harris a indiqué par ailleurs (College of Physicians of Philadelphia, 1er février 1893, dans la discussion qui a suivi la lecture de l'opération de Noble) l'ordre de succession, savoir :

Professeur Ch. Jewett, de Brooklyn.
— Barton Cooke Hirst, de Philadelphie.
— Anna Broomall de Philadelphie.
— Edwin Michael, de Baltimore.
Docteur J. A. Springle, de Montréal (Canada).
— H. M. Kennan, de Paris (Illinois).
Professeur H. J. Garrigues, de New-York.
— J. Milton Duff., de Pittsburg.
— W. T. Lusk, de New-York.
— H. C. Coe, de New-York.

Toutes, sauf une, terminées par la guérison.

Cet unique décès est ainsi rapporté par R.P. Harris : « Une femme atteinte d'un rétrécissement très prononcé du bassin — mais à indication de symphyséotomie, — fut laissée longtemps en travail par sa sage-femme. Apportée à l'hôpital *in extremis*, avec une péritonite déjà déclarée et 150 pulsations, elle y fut opérée de la symphyséotomie. L'opération réussit bien étant données les conditions

particulièrement graves dans lesquelles elle fut faite. La femme mourut 17 heures après de péritonite suraiguë. » Ce sont là, ajoute Harris, des cas qui ne doivent pas effrayer parce qu'ils ne sont pas imputables à l'opérateur qui a pratiqué la symphyséotomie dans des conditions pareilles, mais à la personne qui n'a pas su reconnaître à temps la viciation du bassin.

Cette opération est une des 3 faites à New-York (lettre de Harris, *Lancet*, 25 février 1893) par Garrigues, W. T. Lusk et H. C. Coe; c'est donc très probablement celle de Lusk, car nous possédons in extenso celle de Garrigues, et le *Medic. Record* du 11 février annonce l'opération de H. C. Coe comme un double succès (mère et enfant vivants).

Au moment de mettre sous presse, nous lisons dans l'*American Journal of the medical sciences* (avril 1893, p. 441) l'observation publiée par Lusk. La voici in extenso :

Hannah P..., primipare, âgée de 27 ans, entre à l'Emergency Hospital de New-York, à 9 heures du soir le 8 janvier 1893.

Elle était en travail depuis environ 22 heures. Son mari raconte qu'elle a été assistée chez elle depuis 4 heures du matin par un médecin. Celui-ci a en vain tenté de faire la version et, environ 3 heures avant le transfert à l'hôpital, il a appliqué le forceps après avoir donné du chloroforme.

A son entrée, la patiente était dans une situation quelque peu épuisée. Le pouls était à 130. Les douleurs étaient fréquentes mais tétaniques. L'examen montrait ce qui suit : vulve très œdématiée ; périnée rompu y compris la cloison recto-vaginale ; paroi antérieure du vagin gravement déchirée. La déchirure du col s'étendait au-dessus de l'attache du vagin. Le cathétérisme donne issue à une petite quantité d'urine sanglante.

Un forceps à traction axile fut appliqué sur la tête mais sans succès.

Je fus mandé vers minuit. A ce moment le pouls était à 150 et faible. Je trouvai une présentation du front. Étant donnée la solide rétraction de l'utérus, la version était impossible. Je craignis de recourir à la crâniotomie et au crânioclaste, les lésions déjà produites du côté des parties molles me paraissant contre-indiquer une opération longue et toujours accompagnée de contusion. C'est pourquoi je décidai de recourir à la symphyséotomie, espé-

rant ainsi pouvoir corriger sans violence la présentation vicieuse.

L'opération fut pratiquée avec le bistouri d'Harris-Galbiati. La séparation de la symphyse fut produite sans difficulté. Deux aides furent employés à exercer une pression sur les hanches pour empêcher un écartement excessif des pubis. Comme je l'avais prévu, la conversion de la présentation du front en une présentation du sommet fut aisément effectuée par la main. Le forceps fut alors appliqué sur la tête et bientôt l'enfant fut extrait.

Les surfaces coupées de la symphyse furent alors rapprochées et les ligaments suturés au catgut. La plaie des parties molles fut réunie avec de la soie n° 12. Une large bande de diachylon fut passée autour des hanches et fixée en croisant par devant les pubis. Le tout fut fixé par un solide bandage.

La patiente revint complètement à elle, mais vers 7 heures du matin elle tomba dans le collapsus et mourut à cinq heures de l'après-midi.

L'enfant fut extrait vivant; il pesait 9 livres; la tête avait été très endommagée par le forceps, et la mâchoire inférieure fracturée apparemment par les tentatives faites pour transformer la présentation du front en présentation de la face. L'enfant succomba au bout de 17 heures.

L'autopsie de la mère ne fut pas autorisée; le bandage et l'emplâtre adhésif furent cependant enlevés après la mort et un examen attentif, externe et par le vagin, de la plaie pubienne fut fait. On peut affirmer sûrement que la symphyséotomie n'a été pour rien dans l'issue fatale.

8. — **Cas de Maygrier.** — (Voyez plus loin page 336.)

9. — **Cas de Olivieri.**

Cité par Morisani (Per la sinfisiotomia, statistica e considerazioni); c'est l'observation 10 de la statistique italienne depuis le 11 mars 1887.

Date de l'opération, 20 octobre 1888. Femme Di Pietro Angela, 22 ans, bassin rachitique asymétrique avec un conjugué vrai de 70 millimètres, *en travail depuis* 96 *heures*. Application de forceps. Présentation inclinée du sommet. Enfant vivant.

Morte de septicémie.

10. — **Cas de Tellier**. (N° 62 du tableau). (Voyez plus loin page 321.)

11. — Cas de Schwartz. (N° 48 du tableau.)

Femme de 22 ans, apportée à l'hôpital le 15 décembre au matin. La poche des eaux était rompue depuis la veille et des *tentatives infructueuses d'accouchement avaient été faites en ville.*

A l'arrivée, les collègues qui l'examinèrent trouvèrent une *présentation du tronc avec issue du bras gauche ; l'utérus était tétanisé, l'écoulement fétide.*

Bien que l'inspection ait permis de reconnaître un bassin rétréci rachitique en forme de cœur de carte à jouer, *deux collègues tentèrent de pratiquer la version sur les pieds*, sous le chloroforme. Mais à cause de la saillie du promontoire, ils ne purent réussir à saisir un pied.

A 11 heures du soir, j'examinai la parturiente et pus constater ce qu'avaient constaté mes collègues.

Mensurations du bassin : Entre les épines 25,5; entre les crêtes 25; Conjugué externe 15; conjugué diagonal 8,5; *conjugué vrai* 6 c.

L'enfant étant encore vivant, je me résolus, l'opération césarienne conservatrice n'étant plus à conseiller à cause des lésions utérines existantes et le Porro devant être autant que possible évité, je me résolus, dis-je, à pratiquer la symphyséotomie.

J'opérai à grande lumière et d'une façon strictement aseptique. Incision cutanée, désinsertion des muscles, introduction du doigt derrière la symphyse jusqu'au ligament arqué, tout cela fut aisé.

Mais la symphyse fut difficile à sentir et le cartilage intermédiaire absolument ossifié résista aux tentatives faites pour inciser la symphyse à l'aide du bistouri boutonné. *Il ne restait d'autre ressource que de la scier*, ce à quoi je me décidai et ce qui ne se fit pas sans peine ni sans perte de temps.

Après la section les pubis s'écartèrent l'un de l'autre de 3 centim.; *l'écartement fut augmenté par l'introduction du bras pour la version sur les pieds* (5 *centimètres*) *et aussi par l'extraction de la tête.*

Mais tout cela ne se fit qu'avec un déploiement considérable de force.

Dans l'intervalle le fœtus succomba et je ne pus le ranimer. Il était long de 50 centim. et pesait 3000 gr.

La réunion des os sectionnés fut faite à l'aide de 4 sutures d'argent. Pansement, attitude, miction et défécation, irrigation comme dans l'observation précédente.

Les 2 premiers jours, l'opérée n'eut pas de fièvre ; le 3e jour, paramétrite débutant par un frisson ; 2 jours après, pelvipéritonite.

Morte le 8e jour avec les symptômes d'une péritonite généralisée.

L'AUTOPSIE montra une *inflammation suppurative du tissu cellulaire pelvien* et une *péritonite exsudative.*

L'utérus était en involution moyenne ; sa cavité normale. Le phlegmon et la péritonite ne pouvaient venir de là. Tous deux avaient certainement pour origine unique et l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire pelvien lésé par le sciage de la symphyse (1).

Les sutures d'argent maintenaient même sans ceinture les os au contact.

12. — **Cas de Porak.** (N° 64 du tableau).

Caroline L..., chaisière, 19 ans 1/2, primipare, entre le 9 décembre 1892 à l'hôpital Lariboisière et, le lendemain, dans la salle d'accouchements.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : Enfance très délicate. Placée en nourrice à Genève juqu'à un an, la malade fut très mal soignée. Elle a marché seulement à 6 ans, et elle présentait des nouures très manifestes aux deux jambes. Actuellement, il reste encore quelques stigmates de rachitisme : tout d'abord la malade est d'une très petite taille, 1 mèt. 38. De plus elle présente un genu valgum double très accusé, au point que les deux genoux, étant maintenus rapprochés l'un de l'autre, les talons restent distants de 11 cent. et les malléoles internes de 14.

Les deux tibias présentent une courbure à convexité tournée en dedans. Le sternum est droit, mais on constate de chaque côté une légère augmentation de volume des articulations chondrosternales. La face présente une légère asymétrie. Les dents sont cariées pour la plupart, et les incisives présentent deux étages séparés par une ligne pigmentée. La colonne vertébrale est rectiligne ; quelques apophyses épineuses, notamment à la région lombaire, sont augmentées de volume.

(1) Avec une scie sale.

L'état général de la malade est d'ailleurs satisfaisant.

Au mois de février dernier (dernières règles, 25 février) la malade devient enceinte.

Evolution normale jusqu'à aujourd'hui.

Utérus ayant subi sur son arc vertical une rotation de gauche à droite, qui a amené son bord gauche en avant (ligament rond très facile à sentir sous la peau, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic). Enfant vivant, paraissant volumineux : présentation du sommet en position O.I.D.P ; foyer de battements unique, maximum en bas et à droite.

Au toucher, on arrive très facilement sur le promontoire (l'articulation de la 5e lombaire et de la 1re sacrée, point d'aboutissement des deux lignes innominées) et le diamètre promonto-sous-pubien mesure à ce niveau 9 c. 2 sans déduction.

Cette saillie pouvait être prise et a été prise tout d'abord pour un faux promontoire. Mais en touchant la femme sous l'anesthésie chloroformique, on sentait les deux lignes innominées. La saillie supérieure était l'articulation de la 4e avec la dernière vertèbre. En suivant avec le doigt la face antérieure de la colonne lombaire, on parvient à atteindre l'articulation de la 4e lombaire avec la 5e et le diamètre antéro-postérieur du bassin mesure à ce niveau 10 c. 5.

Le petit bassin est symétrique ; son diamètre transversal paraît large, le sacrum fuit en bas et en arrière.

Les autres mensurations donnent les chiffres suivants :

Distance	des épines iliaques antérieures et supérieures				23,5.
—	des crêtes	—	—	—	26,5.
—	des trochanters		—	—	29,5.
—	des épines iliaques postérieures et supérieures				11.

Opération, 11 décembre. — La dilatation étant complète depuis 8 heures du soir, les membranes rompues depuis 10 heures du soir, on fait à minuit une tentative légère d'extraction avec le forceps Poulet placé obliquement ; puis, devant des résultats négatifs, on décide de faire la symphyséotomie.

La femme est couchée dans le décubitus dorsal ; les membres inférieurs dépassant le bord de la table, les cuisses rapprochées. Après la toilette habituelle, M. Porak fait une incision petite, dépassant de deux centimètres la hauteur de la symphyse et s'arrêtant, en bas, à un centimètre du clitoris. L'insertion des muscles droits est détachée de chaque côté par de petites

incisions latérales. Avec le doigt on décolle les tissus rétro-pubiens ; puis M. Porak introduit entre la vessie vidée et la face postérieure de l'os la faucille de Galbiati, d'abord à plat, puis le tranchant ramené en avant. La partie concave de l'instrument est glissée sous le ligament triangulaire et le bouton terminal de l'instrument se sent à travers les tissus immédiatement au dessous de la symphyse. Celle-ci est donc incisée de bas en haut et d'arrière en avant, sans aucune difficulté et sans hémorrhagie notable. Écartement spontané de deux centimètres environ mesuré avec la glissière.

Ensuite les aides qui tenaient les cuisses rapprochées fléchissent les jambes sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

Deux aides appuient de chaque côté sur l'os iliaque.

Application du forceps Poulet en position oblique. La tête descend en écartant la symphyse progressivement jusqu'à 72 millimètres, écartement maximum. Extraction pénible de la tête par l'anneau vulvaire très étroit. Les parties antérieures et sous-pubiennes sont fortement tendues et, *au moment de la sortie de la tête*, toute la région du vestibule y compris l'urèthre, se détache du côté gauche. Hémorrhagie abondante.

On extrait l'enfant, d'abord un peut étonné, mais qui ne tarde pas à respirer. Délivrance artificielle quelques minutes après l'accouchement. Puis recherche pénible du méat urinaire par lequel on introduit une sonde qui est laissée à demeure. Suture au crin de Florence des parties vestibulaires du côté gauche ; toute cette région est non seulement arrachée, mais fortement contuse.

Sutures profondes et superficielles de la plaie abdominale également au crin de Florence.

Soins consécutifs : La vessie est vidée toutes les quatre heures. Champagne et lait. Opium à l'intérieur. Pendant toute la journée, la malade va aussi bien que possible. L'urine renferme de l'albumine, mais pas de sang.

Température normale, pouls un peu fréquent. Toilette de la vulve. Pas d'injection.

L'enfant est mort à dix heures du matin.

12 décembre. Le matin, température normale, pouls assez fréquent (120), état général satisfaisant ; la malade demande à manger. Lait et champagne.

Le 12 au soir, petite élévation de température, 38°,8. Pouls, 116.

La sonde est toujours dans l'urèthre. L'urine renferme environ 1 gramme d'albumine, mais est claire.

Le 13. *La température qui était montée à 38°,8 la veille au soir* est descendue à 38°,2. Mais la respiration est gênée et rapide. L'expectoration est abondante, glaireuse et verdâtre; nombreux râles dans la poitrine. La quantité d'urine est montée à deux litres, la malade a des mictions involontaires qui souillent son pansement. La malade a mangé un œuf après le pansement fait.

Le 14. L'état général est meilleur, la respiration est moins embarrassée, l'expectoration est toujours abondante, la température 39°,4; pas de selles depuis le 12, purgation 20 gr. d'huile de ricin. Urine 1500 c. c. La malade n'en a pas perdu depuis hier. Pas de douleur abdominale. Le sommeil et l'appétit semblent revenir *La température monte le soir* à 40°,2.

La purgation fait un effet énergique, de sorte que la quantité d'urine ne peut être exactement évaluée.

Injections continues de 70 litres de permanganate de potasse.

Le 15. La toux est devenue presque insignifiante. La malade prétend avoir bien reposé et ne souffrir de nulle part, *la température est de* 40°,1. La respiration est rapide, 32 par minute. La peau est chaude, le pouls 116 à 10 heures; pas de vomissements, pas de diarrhée depuis le matin. La sonde est retirée : la malade garde très bien ses urines.

Le 16. *La température est élevée*, 40°. L'état de la poitrine (submatité, râles nombreux en bas, en arrière et à droite) n'expliquant pas une fièvre aussi forte on cherche du côté de la plaie. On constate alors, *du côté de la fosse iliaque gauche, un empâtement douloureux assez étendu.* De plus, *sur la plaie elle-même, il existe une eschare* en voie d'élimination qu'il est facile d'enlever avec une pince. Les points de suture dans ces conditions ne servent plus à rien et sont retirés (on ne laisse en place que ceux de la paroi abdominale). On procède ensuite à un lavage soigneux de la cavité avec de l'eau boriquée, et on applique un pansement à la gaze salolée, de préférence à l'iodoforme, à cause de l'absorption trop grande qui pourrait se faire. L'état général de la malade, malgré cette énorme température, n'est pas trop alarmant. Elle parle avec assez d'entrain et se laisse déplacer dans son lit sans trop se plaindre.

Le soir on retire les fils de la plaie abdominale, réunie par pre-

mière intention. *Au toucher, le doigt introduit dans le vagin pénètre dans une vaste cavité communiquant avec l'espace large, à ce moment, de deux travers de doigt qui sépare les deux pubis. Toute la paroi de cette cavité présentait un aspect blanchâtre, recouverte de pseudo-membranes.* Une injection au sublimé a 1/2000 est faite dans cette cavité.

L'état général de la malade reste excessivement grave, bien qu'elle-même se dise très bien. A minuit elle commence à râler. La température est à 40°,6. L'agonie a duré jusqu'au lendemain soir.

L'autopsie n'a pas été faite, la famille ayant procédé à l'inhumation précipitamment et à peine les 24 heures écoulées. On peut cependant affirmer, d'après les phénomènes pulmonaires, l'état général et l'état local, que la malade a succombé à une intoxication ayant son point de départ au niveau des parties sphacélées de la vulve et du vagin.

2° Mortalité fœtale

Doivent, sans discussion, être éliminés d'emblée **cinq** cas de Novi, Pantaloni, Queirel, Schwartz et Beugnies où la symphyséotomie a été pratiquée aux lieu et place de l'embryotomie.

Celle-ci était possible vu le degré de rétrécissement des bassins ; elle était de plus nettement indiquée, l'enfant étant mort avant l'opération ; au contraire, la section interpubienne manquait d'indication.

La lecture des observations ne laisse aucun doute à cet égard (voyez ci-dessous les observations, *1re catégorie*, p. 270).

Restent donc **119** *opérations pratiquées, l'enfant étant vivant.*

Ces 119 cas se soldent immédiatement par **116** enfants extraits vivants (1) et en fin de compte par **92** *enfants vivants et bien vivants et* **27** *morts.*

De ces **27** enfants morts **7** ont succombé *sans qu'à aucun titre la symphyséotomie puisse être incriminée* savoir :

1 extrait vivant, mort peu après, par vice de conformation incompatible avec la vie (Morisani).

(1) 2 ont été basiotripsés et 1 a été extrait mort. Cas de Ribemont, Maygrier, Potocki.

1 extrait vivant, mort le 3e jour pesant 1950 gr., inviable (accouchement prématuré provoqué) (Varnier).

1 extrait vivant, mort le 13e jour, inviable (accouchement prématuré provoqué, syphilis ?) (Budin).

1 extrait vivant, mort le 17e jour de pneumonie à pneumocoques (Ribemont).

1 basiotripsé (bassin oblique ovalaire de Nægele) (Boufle).

1 basiotripsé (fibrome pelvien) (Maygrier).

1 ayant le cordon rompu (Potocki). Voyez ci-dessous les observations, *2e catégorie*, p. 274).

Nous voici par suite en présence de **112** opérations avec **20** enfants morts à propos desquels peut se poser la question : sont-ils morts de la symphyséotomie ? C'est ce qu'il importe d'examiner de très près.

Ici nous devons établir deux nouvelles catégories, suivant que la symphyséotomie a été faite d'*emblée*, ou suivant qu'elle a été faite *secondairement* à d'autres interventions obstétricales ayant déterminé des lésions fœtales que ne pouvait réparer la symphyséotomie.

Dans les **11** cas de Martino, de Duchamp, de Porak, de Schwartz, de Ribemont, de Rémy, de Moussous, de Budin, de Porak, de Lusk, de Beltrami (voyez ci-dessous les observations, *3e catégorie*, p. 283) la symphyséotomie n'est pas responsable de la mort du fœtus. Ce sont là *méfaits du forceps ou de la version préalable*, non de la section pubienne.

Nous restons en définitive en présence de **9 morts** après des symphyséotomies d'emblée (cas de Morisani, de Jewett, de Caruso, de Pinard, d'Harajewicz, de Zweifel, de Michael, de Potocki, de Latzko. (Voyez ci-dessous les observations, *4e catégorie*, p. 287).

9 décès d'enfants sur 101 cas c'est déjà bien peu si l'on compare cette mortalité à celle de toutes les autres opérations obstétricales appliquées au traitement préventif ou curatif des viciations pelviennes (accouchement prématuré artificiel, forceps, version, etc.). Seule, l'opération césarienne peut donner mieux pour les fœtus. Mais du consentement de ses défenseurs elle est hors du débat.

Donc, **cette mortalité des enfants extraits par symphyséotomie bien ou mal faite, se montre dès maintenant inférieure à celle de toutes les autres interventions.** On va voir qu'elle est néanmoins encore trop élevée, *qu'elle peut et doit être réduite*. Car il y a symphyséotomie *complète* et symphyséotomie *incomplète*, c'est-à-dire passage ouvert et passage à forcer.

De ces 9 décès 7 sont consécutifs à la symphyséotomie incomplète :

a) volontairement incomplète : Harajewicz et Zweifel ;

b) involontairement incomplète : l'opérateur, par timidité, a laissé échapper quelque bribe sous-pubienne ; et il ne s'en est pas aperçu, ayant oublié d'ouvrir largement le bassin, c'est-à-dire de forcer les symphyses postérieures avant l'intervention obstétricale : Pinard.

c) volontairement complète et vérifiée par un écartement provoqué, mais par un écartement modéré, c'est-à-dire insuffisant pour que le fœtus n'ait plus rien à imposer lui-même aux symphyses postérieures : Caruso, Potocki, Latzko.

d) Même cas, avec cette aggravation que l'opérateur, qui n'a pas voulu exiger lui-même le nécessaire des articulations sacro-iliaques, s'ingénie à augmenter les difficultés laissées au fœtus en plaçant, sur le pourtour des hanches, soit une bande élastique soit les mains d'aides vigoureux : Michael.

Cette mortalité de cause mécanique, je le répète, *peut et doit disparaître,* pour peu qu'on veuille ne pas trop tarder à reconnaître que c'est une pratique irrationnelle, et dont M. Budin se repentira, de « laisser à la tête elle-même, le soin d'éloigner les pubis l'un de l'autre » ; pour peu qu'on se décide au plus tôt à suivre partout les conseils donnés à maintes reprises déjà par Farabeuf et par Pinard, conseils reproduits une fois encore ici :

Dès le 15 février 1892, dans sa leçon publiée par les Annales, parlant du manuel opératoire délibéré au laboratoire de Farabeuf et amendé à la suite de la première opération, Pinard écrivait :

« Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est

coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

« Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt.

« Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer en provoquant une prudente abduction des cuisses que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centim.

« Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur. »

Nous avons nous-même, à deux reprises, insisté, à la suite de nos maîtres, sur la nécessité de la section totale et de l'écartement préalable (*Gazette hebdomadaire*, juillet 1892, *Revue pratique d'obstétrique*, juillet et août 1892).

Farabeuf ne perd pas une occasion d'appuyer sur ces deux temps opératoires qui lui tiennent particulièrement à cœur.

« Le sujet, disait-il dans son mémoire sur l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par ischio-pubiotomie, vaut que je m'y arrête, ne serait-ce que pour combattre ceux qui, demi-symphyséotomistes par timidité, confient au forceps et à la tête incluse, le redoutable soin de terminer par arrachement la séparation des pubis. »

Étant donnée la puissance nocive effrayante du forceps tiré dans un bassin rétréci non ouvert, Farabeuf ajoute :

« Je ne m'étonne donc pas que les demi-symphyséotomistes réussissent à obtenir finalement un écartement suffisant et même considérable des pubis. Je demande si c'est prudent, si c'est raisonnable...

« Demi-symphyséotomistes, la crainte d'un mal vous fait tomber dans un pire. Vous avez peur de verser quelques

gouttes du sang de la mère et vous exposez l'enfant à périr de l'effraction dont vous le chargez. Il est d'une importance capitale d'imposer d'abord un écartement, 6 centimètres, aux tissus antérieurs et aux liens sacro-iliaques.

« Il y a eu et il y aura des morts par oubli de ce précepte . blessure par imprudence ayant occasionné la mort sans intention de la donner, pénalité légère.

« Mais vous qui ne faites qu'entailler à demi la symphyse, comptant pour l'ouvrir, sur la puissance dilatatrice effrayante du forceps appuyé sur la tête, ou qui négligez de produire, à l'aide des cuisses ou d'un instrument, *l'écartement nécessaire* (voyez la figure 1 du même mémoire) (1), vous écrasez souvent cette tête ; je le sais. Vous causerez la mort en employant *inutilement* et *sciemment* un procédé capable de la donner. »

Vous qui doutiez encore, lisez les 7 premières observations de la 4e catégorie, et décidez-vous. Coupez le ligament sous-pubien, écartez les pubis à la distance nécessaire que vous devez connaître d'avance, renoncez à contrarier l'expansion du bassin en appliquant la bande d'Esmarch ou en chargeant des aides de résister vigoureusement pendant que vous faites des tractions. La démonstration est surabondante.

Restent les **2** cas de Morisani et de Jewett. Lisez les observations (p. 303 et 304) et voyez si la symphyséotomie peut faire disparaître les dangers inhérents à une extraction par les pieds au travers d'un orifice incomplètement dilaté, ou rétablir une situation désespérée.

1re CATÉGORIE. — 5 *observations*.

Symphyséotomies l'enfant étant mort, l'embryotomie indiquée et possible.

1. — Cas de Novi.

C'est l'observation 36 de la statistique de Morisani.

Date de l'opération, 13 janvier 1892. Femme Panza Giovannina. Bassin rachitique. Conjugué vrai de 75 millim. ; sommet. Sym-

(1) *Ann. de Gynécologie*, Décembre 1892, p. 405.

physéotomie le fœtus étant mort. Extraction par le forceps. Réunion par seconde intention. Aucun trouble de la marche.

Morisani ajoute en note : « La symphyséotomie ne se peut justifier quand le fœtus est mort. Je ne vois aucune raison pour opérer sur la mère ».

2. — **Cas de Pantaloni.** (N° 20 du tableau.)

Primipare de 24 ans, apportée à la Maternité de Marseille, le 30 août 1892, dans un état déplorable. Fœtus mort en présentation de l'épaule gauche, main à la vulve, utérus rétracté, femme épuisée par des manœuvres faites en ville. Promontoire saillant ; impossible de passer la main.

En mon absence, le Dr Pantaloni, se rappelant un cas semblable où nous avions eu beaucoup de peine, fait la symphyséotomie (procédé Pinard). Après la section des pubis qui s'écartèrent de 4 à 5 centim., la version et la délivrance furent faciles. L'enfant pesait 2,950 gr. Bipar. : 9 1/2. Le rétrécissement était peu prononcé. Suites de couches bonnes, pas d'élévation de température ; la malade sort de l'hôpital le 20 septembre, marchant bien quoique avec un peu de balancement.

3. — **Cas de Queirel.** (N° 39 du tableau.)

On apporte le 3 novembre 1892, à la Maternité de Marseille, une femme Vpare, de 42 ans, ayant eu deux accouchements spontanés, un où l'on fit la décollation, un quatrième où l'on fit la crâniotomie et l'embryotomie, pour une présentation de la face.

Cette femme est infiltrée, albuminurique ; le fœtus est mort, et se présente par l'épaule droite. L'utérus est violemment rétracté, la vulve très œdématiée, il y a procidence de la main. Chloroforme ; essais de version, avec de très grandes difficultés. Mme Moulin, maîtresse sage-femme, amène un pied à la vulve, mais c'est tout. L'évolution ne se fait pas, les tractions menacent de détacher le membre inférieur. Je me décide à faire la section de la symphyse par le procédé de Pinard ; écartement de 6 centim., puis je fais faire la version par Mme Moulin, ainsi que la délivrance, pour ne pas infecter mes mains. Injection intra-utérine. Il va sans dire que pendant tout le temps des manœuvres, j'ai protégé la plaie pubienne par de la gaze iodoformée. Suture (catgut et crins de Florence), bandage de corps, sonde à demeure pendant 2 jours, etc. Sui-

2e Catégorie. — 7 *Observations.*

Symphyséotomies l'enfant étant vivant; mort de causes étrangères à la symphyséotomie et à l'extraction consécutive.

6. — Cas de Morisani (1).

16 septembre 1891, Femme Bijolco Domenica, 20 ans, primipare. Conjugué vrai, 67 millim. Extraction par le forceps. Occipito-gauche transversale. Mère guérie. Enfant vivant, mort peu après. Cet enfant a succombé à un vice de conformation qui a empêché l'établissement de la respiration extra-utérine.

7. — Cas de Varnier. (No 5 du tableau.)

Femme R..., 26 ans, IV pare. Taille 1m,46. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9c,8

1er accouchement en 1886 (Clinique de la rue d'Assas), terminé par embryotomie après deux jours de travail.

2e accouchement en 1887 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), provoqué à 8 mois environ, terminé par version à la dilatation complète (tête avec procidence du cordon, des mains et d'un pied). Fille en état de mort apparente, ranimée sans insufflation, pesant 2400 gr., morte le lendemain.

3e accouchement en 1890 (Maternité de Tenon, service de M. Champetier de Ribes), provoqué à 8 mois, terminé par basiotripsie.

4e accouchement, 3 mai 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 3 au 5 août 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 29 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Champetier le 3 mai à 5 heures 40 du

---

(1) Cette opération aurait été faite à l'hôpital des Incurables par Morisani. Y a-t-il erreur d'impression ? Je le crois, car Morisani n'est pas aux Incurables et cette observation ne se trouve ni dans la statistique de Spinelli, ni dans celle de Caruso.

matin ; à 10 heures 1/2 du matin dilatation complète, poche intacte, sans procidence, tête en gauche transversale, non engagée.

A 11 heures 48, symphyséotomie par M. Varnier (7 minutes). Écartement spontané de deux travers de doigt (3 cent.).

Rupture artificielle des membranes et à 11 heures 48 application de forceps en gauche transversale. Extraction facile (pendant laquelle l'écartement n'augmente que d'un demi-travers de doigt) d'un garçon de 2130 gr. dont les diamètres céphaliques sont :

O.M	15c,4	S.O.F.	9c,8.
O.F.	11c,1	*Bipariétal*	8c,2.
S.O.B.	9c,3	Bitemporal	7c,5.

Né en état de mort apparente, mais ranimé en 2 minutes sans insufflation, cet enfant paraît chétif. Il est mis dans une couveuse à 36°. La respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose. Ne tette pas mais prend et garde le lait qu'on lui donne à la cuillère.

4 mai. Même état. Respiration accélérée ; la cyanose persiste. Le lait est rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie, faite à 6 heures du soir.

Poids du cadavre, 1950 gr. Tous les viscères paraissent sains. La tête a été préparée par Tramond et est conservée au Musée. Aucune fracture ou fissure. Os wormiens.

Suites de couches, pathologiques ; abcès de la grande lèvre gauche, incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur ; sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

8. — **Cas de Budin.** (No 47 du tableau.)

A. F..., âgée de 30 ans, couturière, est enceinte pour la troisième fois. Atteinte de rachitisme, elle n'a marché qu'à l'âge de 3 ans. Son premier accouchement a eu lieu chez une sage-femme, en février 1889 ; la grossesse était arrivée à terme ; l'enfant macéré était mort depuis plus d'une semaine.

Devenue enceinte une seconde fois, elle avait eu ses dernières règles le 1er juillet précédent et elle fut conduite à la Charité le

12 mars 1891. Ayant reconnu l'existence d'un bassin rétréci, M. Budin provoqua l'accouchement prématuré. L'enfant qui se présentait par le siège fut extrait péniblement. Il était vivant et pesait 2,350 grammes. Sur le côté droit de la tête, immédiatement en avant de la bosse pariétalé, on constatait un enfoncement de forme ovalaire, capable de contenir la pulpe de l'index. Le diamètre transversal de la tête, mesuré à ce niveau. était de 8 cent. 4. Pour les autres diamètres de la tête, on trouva :

O. M. = 12.
O. F. = 10,5
S. O. Bregm. = 9.
Bi T. = 7.
Bi T. = 9.

Quatre jours après sa naissance et malgré les protestations de M. Budin, l'enfant fut envoyé, par la mère, en nourrice. Il y succomba après un ou deux jours.

A. F... est amenée de nouveau à la Charité par sa sage femme, le 20 octobre 1892. M. Budin l'examine et, en raison du degré de viciation de son bassin, en raison des difficultés qu'on a eues à extraire l'enfant dans l'accouchement antérieur, il pense qu'il faudra recourir à la symphyséotomie précédée de l'accouchement prématuré artificiel.

Cette femme présente les caractères physiques suivants : sa taille, petite, est d'environ 1 m. 50 : ses dents sont bien placées. mais leur bord est crénelé et elles présentent sur leurs surfaces de petites érosions cupuliformes de teinte jaunâtre.

Il existe une légère voussure à l'union de la première et de la seconde pièce du sternum.

Les membres inférieurs sont tous les deux déformés; il y a du genu valgum, de sorte que les fémurs étant allongés sur un plan résistant et les genoux en contact, les talons sont distants l'un de l'autre d'environ 6 centimètres. Les tibias présentent une courbure à concavité externe assez prononcée. La marche est défectueuse chez cette femme, car elle use surtout la partie externe des semelles de ses chaussures.

Son bassin présente des altérations. Le diamètre qui va d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre est de 25 cent. 5. Le diamètre bisiliaque est de 26 centimètres.

Les dernières règles ont eu lieu du 17 au 22 mars; la grossesse

a été bonne. Les premiers mouvements ont été perçus au commencement d'août. La femme vient à la consultation le 25 novembre et on la reçoit au dortoir le 4 décembre. Les examens pratiqués ont montré que le fœtus se développait assez rapidement. La tête était au-dessus du détroit supérieur, le dos dirigé vers le côté gauche.

En pratiquant le toucher vaginal et l'exploration du bassin, on constatait l'existence d'une convexité très marquée qui empiétait, en haut, sur la partie inférieure de la colonne lombaire, et en bas, sur la partie supérieure du sacrum. Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 95 millimètres.

L'enfant ayant été jugé suffisamment développé, M. Budin se décida, le lundi 12 décembre, à provoquer l'accouchement, et le même jour, à 8 h. 1/2 du soir, M. Chavane, interne du service, introduisit, sous sa direction, une sonde de Krause. Cette sonde, après avoir été enfoncée à gauche de 8 à 10 centimètres, au-dessus de l'orifice interne, transmit à la main une résistance spéciale qui fit penser à la présence du placenta; en effet, il s'écoula immédiatement, le long de la sonde, une petite quantité de sang. M. Chavanne la retira de quelques centimètres et la fixa en la pliant dans le vagin. Au bout de très peu de temps, les douleurs apparurent, mais elles furent assez faibles et permirent à la femme de dormir.

Le lendemain matin, mardi 13 décembre, à 9 heures 3/4, le toucher montra que le col était presque complètement effacé, les bords un peu épais et souples. On plaça deux branches de l'écarteur de M. Tarnier. A partir de ce moment, les contractions devinrent très fréquentes. A 11 heures, le dilatateur était écarté au maximum; cependant, la dilatation n'était pas complète, on en avait la preuve quand on retirait les deux branches de l'écarteur et qu'on mesurait l'orifice externe. On se demanda s'il n'y avait pas lieu de mettre la troisième branche de l'écarteur de Tarnier, mais les contractions utérines étant très fortes et se succédant à de courts intervalles, on les jugea suffisantes pour activer rapidement la dilatation. A 11 heures et demie, la dilatation était complète.

M. Budin, qui s'était assuré pendant la grossesse de la mobilité de la symphyse pubienne, se décide à intervenir. L'opération est réglée de la façon suivante : D'abord, on fera la symphyséotomie; dnis, comme la poche des eaux est intacte et bombe fortemen

dans l'orifice, la symphyse étant ouverte, M. Budin pratiquera la version pelvienne par manœuvres internes, de préférence au forceps.

La parturiente est mise dans la position obstétricale, on lui donne le chloroforme. La région pubienne est rasée, lavée au savon et au sublimé, puis à l'éther et on place sur elle une compresse antiseptique. La vessie est sondée. Les jambes de la femme sont fléchies sur les cuisses; les cuisses relevées et fléchies en très légère abduction sont maintenues par deux aides.

M. Budin, sur la ligne médiane, en commençant à quelques centimètres au-dessus du pubis, au niveau de la région pubienne, incise la peau et le tissu cellulaire sous cutané qui mesure au moins de 4 à 5 centimètres d'épaisseur.

Dans ce tissu cellulaire, de nombreux vaisseaux saignent ; on applique 5 pinces et on fait 3 ligatures au catgut. La symphyse est mise à nu. Pour s'assurer de son siège exact et contrôler encore les renseignements obtenus dans les examens antérieurs, au point de vue de sa mobilité, chaque aide est prié d'élever et d'abaisser successivement le membre inférieur de façon à imprimer des mouvements aux deux pubis. M. Budin, après avoir décollé avec l'index gauche tous les tissus de la partie postérieure, attaque la symphyse d'avant en arrière avec un bistouri droit pour bien s'assurer qu'il est sur le cartilage; il complète la section de haut en bas avec un bistouri courbe et boutonné dont la partie mousse est guidée par la pulpe du doigt maintenu en arrière de la symphyse. Ce temps de l'opération est très court. Une légère abduction des cuisses, faite simultanément par les deux aides, amène après la section du ligament triangulaire un certain écartement des deux pubis : le doigt passe très facilement entre les deux os qui s'écartent. A ce moment, il s'écoule des tissus prévésicaux, une quantité de sang veineux peu considérable. Sans s'occuper d'en rechercher la cause, on place entre les pubis une gaze antiseptique qui est fixée avec une légère pression. Le sang s'arrête.

M. Budin, en dehors des contractions, rompt la poche des eaux avec le perce-membranes, introduit la main gauche dans l'utérus. Il sent, à côté de la tête, sur le front, un paquet de cordon ; une procidence en aurait été inévitable si, après l'ouverture de la poche des eaux, on avait voulu appliquer le forceps. Le pied antérieur est rapidement amené au dehors et on attend.

Une contraction survient. Pendant qu'un aide fait de l'expression sur le fond de l'utérus, M. Budin extrait rapidement le siège, fait une anse au cordon et entraîne le tronc et les épaules. Les bras sont légèrement relevés; l'antérieur est abaissé facilement; le postérieur s'est dégagé presque spontanément. L'occiput étant primitivement à gauche, devait, après la version, se trouver à droite. A ce moment, la tête subit un mouvement de rotation qui fait au contraire passer l'occiput à gauche et la face à droite. M. Budin introduit deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, l'autre main est placée en fourche sur les épaules; profitant de la contraction qui durait encore, pendant que l'aide appuie sur le front, on fait franchir à la tête le rétrécissement. Elle est amenée jusque sur le plancher pelvien où elle exécute son mouvement de rotation; l'occiput vient se placer derrière la symphyse. A ce moment la contraction utérine a cessé.

Pendant tout ce temps, M. Budin n'a point fait écarter les cuisses de la femme, voulant ainsi laisser à la tête elle-même, le soin d'éloigner les pubis l'un de l'autre. La tête est abandonnée dans le vagin en attendant une contraction.

Au bout de 5 à 6 minutes, comme l'enfant avait fait plusieurs mouvements d'inspiration, M. Budin, sans attendre davantage, de peur de compromettre la vie du fœtus, essaie la manœuvre de Mauriceau; la tête ne vient pas. M. Budin, ne voulant pas employer des tractions très fortes et dangereuses, fait, sur la tête dernière, une application de forceps directe et extrait alors facilement un enfant vivant et en bon état; on n'a même pas eu besoin de le ranimer et de l'insuffler. Cet enfant, du sexe féminin, pèse 2,850 grammes.

Voici les diamètres de la tête :

Bi-T	= 8
Bi-P.	= 9,3
S. O. B.	10,1
O. M.	13
O. F.	11,5

Sur la partie droite de la tête, on voit deux lignes rouges, laissant entre elles un espace de 5 cent. 1/2, légèrement obliques et correspondant très probablement au point où les deux angles postérieurs des pubis ont dû s'appliquer sur la surface crânienne.

M. Budin pratique 5 sutures profondes à la soie, prenant toute

l'épaisseur du tissu cellulaire, puis 4 sutures superficielles. On fait le pansement au salol et à la gaze salolée. Les jambes sont rapprochées et, autour du bassin, on applique une bande en tissu élastique, d'une largeur de 17 centimètres, extensible seulement dans le sens de la longueur. Cette ceinture fait deux fois le tour du corps.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le 13 décembre au soir, la température axillaire était de 37°; le 14 décembre, au matin, de 36°,9; le 14 décembre, soir, de 37°,8; le 15 décembre, elle fut de 37° le matin et le soir. A partir de ce moment, jusqu'au jour de la sortie, la température oscilla entre 36°,8 et 37°,2.

Les sutures faites, on avait constaté dans le vagin la présence du placenta; une légère traction l'amena au dehors. Sur son bord on vit, en un point, l'endroit qui avait été touché par la sonde, lors de son introduction.

La ceinture a été un peu desserrée le lendemain, 14 décembre. Le samedi, 17 décembre. on enlève un point de suture; le lundi 19, trois autres; le mardi 20, les derniers. La réunion s'est faite par première intention.

La seule particularité digne d'être signalée, pendant les suites de couches, fut l'apparition, vers le 12e jour, d'un léger œdème du membre inférieur gauche, dû à la compression exagérée et prolongée que causait la ceinture.

Le mercredi 4 janvier 1893, la malade fut mise debout. En pratiquant le toucher vaginal et en la faisant marcher sur place, on constata que la mobilité des pubis l'un sur l'autre était à peu près celle qu'on rencontre chez beaucoup de multipares, trois semaines après l'accouchement.

L'enfant qui, le jour de sa naissance, le 13 décembre, pesait 2,850 grammes, tomba le 15 à 2,700 grammes. Le 16 décembre, son poids était de 2,725 grammes. La mère n'ayant pas de lait on lui fit prendre du lait stérilisé; mais il diminua chaque jour, sans que rien pût expliquer son état. Son poids, le 17 décembre, fut de 2,675 grammes; le 18, de 2,630 gr.; le 19, de 2,640 gr.; le 20, de 2,660 gr. On lui fit des frictions avec de l'alcool, matin et soir, et on lui fit prendre un peu de pepsine.

Etant données la naissance d'un premier enfant mort et macéré, la mort rapide du second et cette décroissance que rien n'expliquait chez le troisième on pensa, comme on l'avait déjà supposé,

que la syphilis était en cause, bien qu'on n'eût pu relever aucun signe probant chez la mère. On prescrivit des frictions mercurielles qui furent faites le 21 et le 22 décembre. L'enfant diminua de nouveau de poids; il tomba le 21 à 2,600 grammes et le 22 à 2,500 gr.; on avait remplacé le lait stérilisé par du lait d'ânesse. Le 23 décembre, le poids était de 2,400 gr.: un peu de diarrhée survint, 3 garde-robes jaunes dans les 24 heures; on administra de la liqueur de Van Swieten. Le 24, l'enfant pesait 2,300 gr.; le 25, 2,215 gr.; et le 26 décembre, il succombait; le matin, il pesait encore, comme la veille, 2,215 grammes.

Voici le résultat de l'autopsie pratiquée par M. Legry, chef du laboratoire.

Autopsie. La totalité des deux poumons a respiré et crépite sous les doigts, mais les deux bases sont très congestionnées; il n'y a toutefois dans ces points, ni noyaux de broncho-pneumonie, ni infarctus, car tous les fragments du parenchyme excisés et plongés dans l'eau reviennent à la surface et surnagent.

Le péricarde ne contient pas de liquide. Il n'y a ni malformation, ni altération orificielle du cœur.

Le péritoine est sain.

Le foie et les reins ont un volume normal: ils ne présentent aucune lésion macroscopiquement apparente. On ne note qu'un certain degré de pâleur de ces deux organes.

La rate n'est pas hypertrophiée; sa teinte est peu foncée; sa consistance est normale.

On ne trouve aucune lésion intra-crânienne. Pas d'hémorrhagie cérébrale.

L'intestin, examiné sur toute sa longueur, ne présente aucune altération.

On n'a donc trouvé aucune lésion. Il semble que, comme chez beaucoup de petits syphilitiques, il y a eu, chez cet enfant, inaptitude à la vie.

J'insisterai, en terminant, sur quelques particularités.

La symphyséotomie me paraissait absolument indiquée dans ce cas. L'accouchement prématuré antérieur et le passage, avec enfoncement du crâne, d'un fœtus peu volumineux cependant, la forme particulière du bassin, etc.., nécessitaient ou la symphyséotomie ou l'opération césarienne, si on voulait avoir un enfant vivant.

Nous avons opéré en présence de tous les élèves, dans une des salles ordinaires de notre service. Les suites de couches ont été extrêmement simples pour la mère. Si l'enfant a succombé, ce n'est que tardivement et sa mort a été probablement due à la syphilis congénitale.

Il existait deux lignes rouges verticales sur le pariétal antérieur, nous avons cru qu'elles étaient dues à la pression exercée par les bords postérieurs aigus et coupants des deux pubis. Lorsque ces os sont réunis au niveau de l'articulation, il y a là une surface plane, régulière, continue. Il n'en est plus de même lorsque les pubis sont écartés; il existe alors deux angles tranchants qui doivent être redoutables non seulement pour l'enfant, mais encore et surtout pour la mère dont les tissus, la vessie et le vagin, sont alors fortement distendus.

9. — **Cas de Ribemont-Dessaignes.** (N° 45 du tableau.)

Voyez ci-dessus page 250 au chapitre Mortalité maternelle.

10. — **Cas de Bouffe et Lepage.** (N° 42 du tableau.)

Secondipare, 22 ans, 1er accouchement terminé par basiotripsie.

Bassin oblique ovalaire (1).

Enfant vivant présentant le sommet en gauche transversale.

Symphyséotomie d'emblée, complète. Ecartement de 2 c. 1/3 avant l'intervention finale, 5 applications infructueuses de forceps. Basiotripsie. Ecartement secondaire de 75 millim.

Mère guérie.

Poids de l'enfant 2600 sans la matière cérébrale.

La symphyséotomie a été pratiquée par le Dr Bouffe, la basiotripsie par le Dr Lepage en l'absence de M. Ribemont-Dessaignes.

11. — **Cas de Maygrier.**

Voyez plus loin page 336.

12. — **Cas de Potocki** (n° 68 du tableau).

Voyez plus loin page 342.

(1) Voyez le mémoire de Farabeuf, *Ann. de gynéc.*, décembre 1892.

3e Catégorie. — 11 *observations*.

Symphyséotomies secondaires à des interventions meurtrières. Enfants morts des applications de forceps ou des tentatives de version préalables.

13. — Cas de Martino.

Voyez ci-dessus page 254 au chapitre Mortalité maternelle.

14. — Cas de Schwartz. (N° 48 du tableau.)

Voyez ci-dessus page 261 au chapitre Mortalité maternelle.

15. — Cas de Duchamp. (N° 6 du tableau.)

Femme âgée de 23 ans, rachitique, primipare, à terme, entrée à l'hôpital le 14 mai.

D. règles 21 août 1891.

Premières douleurs apparues le matin de son entrée ;

Promonto-sous-pubien 7,5 environ.

Le lendemain matin, la dilatation étant depuis la veille égale à une pièce de 5 francs, la rupture spontanée des membranes s'étant produite à 8 heures du matin, M. Duchamp applique à onze heures pour la compléter un ballon de Champetier de Ribes ; les contractions utérines deviennent énergiques et le ballon apparaît à la vulve au bout d'une heure ; à 1 heure 1/2 la malade est anesthésiée à l'éther.

On tente une application de forceps, mais les tractions quoique très énergiques restent infructueuses ; M. Duchamp pratique alors la symphyséotomie.

Le ligament sous-pubien est sectionné en dernier lieu.

Aussitôt après les pubis s'écartent de 6 centim. et le forceps qui n'a pas été enlevé permet d'extraire l'enfant avec une extrême facilité.

L'enfant respire difficilement et ce n'est que grâce aux bains chauds et froids répétés, à l'insufilation bouche à bouche, avec le tube de Ribemont, aux flagellations nombreuses qu'on arrive à le faire vivre.

La prise a été oblique, car la tête présente au niveau du frontal

droit une dépression caractéristique. Il existe également une légère paralysie de la joue gauche et un certain chevauchement du pariétal droit sur le gauche.

Les diamètres de la tête sont :

B. P.	10,5	S. O. B.	10
B. T.	8	F. M.	8
O. F.	11,5	T. B.	9,5

Le 17 mai, l'enfant meurt le matin ; il a vécu 35 heures.

Un semblable résultat, ajoute l'auteur de l'observation, n'était-il pas à prévoir, et n'était-il pas préférable d'éviter à la mère les risques toujours graves d'une opération nouvelle et délicate malgré tout ?

Nous répondrons de suite : l'enfant était bien conformé ; *il devait vivre et s'il a succombé nous n'attribuons qu'une cause à sa mort :* la violence même des tractions du forceps.

Et la preuve c'est que l'enfant portait les traces d'une cuiller sur le frontal droit ; qu'il existait un chevauchement du pariétal droit sur le gauche et de ce même côté une légère paralysie de la face. *Ainsi donc le désir trop accentué de montrer l'urgence absolue de la symphyséotomie par la mise en évidence de l'inefficacité du forceps, nous a malheureusement conduit à en compromettre les résultats.*

Ceci prouve que, dans l'application préalable du forceps, on doit se borner à des tractions modérées et qu'il ne faut pas insister quand le degré du rétrécissement est connu.

Si donc le résultat de cette opération n'a pas été aussi heureux et aussi complet que possible, la cause unique est dans cette tendance toute naturelle quoique injustifiée parfois, dans cette crainte même qu'on éprouve de rompre trop brusquement avec les anciennes méthodes.

16. — **Cas de Ribemont**. (N° 16 du tableau.)

IVpare de 30 ans, bassin vicié par le rachitisme, promonto-sous-pubien de 10 cent. 2.

Cette femme était en travail depuis 3 jours lorsqu'elle fut apportée à la Maternité de Beaujon ; on avait pratiqué en ville de nombreuses applications de forceps. L'état général était mauvais. l'infection dans la place.

L'enfant étant encore vivant, M. Ribemont pratiqua la symphy-

séotomie, obtint un écartement immédiat de 2 cent. qui pendant l'extraction par le forceps, atteignit 4 cent.

. La mère mourut d'infection.

L'enfant du poids de 3900 gr., ayant un diamètre bipariétal de 104 millim. fut extrait en état de mort apparente et ne put être ranimé.

Il portait au niveau du menton une forte excoriation qui montrait que le forceps appliqué en ville, l'avait été directement et avait saisi la tête du front à l'occiput. *Luxation de Schrœder*. Hémorrhagie méningée considérable.

17. — **Cas de Rémy.** (N° 25 du tableau.)

Primipare de 28 ans, bassin aplati rachitique. Promonto-sous-pubien 85 environ; malheureusement le détail n'est pas consigné sur l'observation. Longue résistance de l'orifice interne. Ecarteur dilatateur de Tarnier.

Présentation du sommet, O. I. D. P. Enfant vivant, *extraction impossible par applications de forceps antérieures.*

Symphyséotomie secondaire, complète. Écartement immédiat de deux travers de doigt. Extraction à l'aide du forceps à cause de la *résistance de l'orifice utérin*, pendant laquelle l'écartement n'a pas été noté.

Après une longue convalescence à cause de suppuration et fièvre liées à plusieurs déchirures du col, mère guérie; rapprochement très net du pubis; un peu de balancement.

Enfant de 2980 (bipariétal 8 3/4) ayant souffert par le fait de la résistance opposée par le col. Dut être ranimé. Mort 20 heures après la naissance.

18. — **Cas de Porak.** (N° 36 du tableau.)

Voyez ci-dessus page 252, au chapitre Mortalité maternelle.

19. — **Cas de Moussous.** (N° 55 du tableau.)

Observation communiquée par mon ami Oui, chef de clinique du professeur Moussous que je ne saurais trop remercier de son obligeance.

Date de l'opération, 15 janvier 1893.

Secondipare de 26 ans. 1er accouchement, 18 heures de travail, application de forceps au détroit supérieur. Enfant pesant 3250, mort.

Bassin plat rachitique. Diamètre promonto-sous-pubien 10, pro-

montoire élevé. Présentation du sommet en droite transversale. Tête débordant nettement le pubis. Grossesse de 8 mois 1/2.

Accouchement prématuré provoqué par le ballon Champetier. Dilatation complète au bout de 6 heures. Rupture artificielle des membranes. *Application du forceps Tarnier au détroit supérieur, tractions pendant* 15 *minutes* sans résultat.

Symphyséotomie secondaire et complète. Écartement de 50 millim. avant l'intervention finale. Extraction à l'aide du forceps Tarnier pendant laquelle l'écartement atteint 6 centim.

L'enfant a succombé après avoir fait quelques inspirations. Double fracture des pariétaux. Poids 3320 gr. Bi-pariétal 10 cent. Tête très grosse ; disproportion évidente avec le reste du corps.

Résultat pour la mère. Après une suppuration assez abondante, cette femme s'est levée à la fin du 1er mois. Elle est sortie au bout de 6 semaines. La marche n'était pas douloureuse, bien qu'il existât encore un léger degré de mobilité de la symphyse pubienne. Rentrée 10 jours après. La marche continue à bien s'effectuer ; mais il s'est produit une petite fistule au niveau de la partie supérieure de la cicatrice. Elle est actuellement en traitement.

Observations du professeur Moussous :

La mort de l'enfant est due évidemment à la première application de forceps. Les bruits du cœur fœtal ont diminué de fréquence et d'intensité à partir de cette intervention ; mais assez peu, au début, pour qu'on pensât à écarter la symphyséotomie.

L'engagement de la tête fœtale a eu en outre l'inconvénient de rendre la symphyséotomie plus difficile. en empêchant l'introduction du doigt en arrière de la symphyse. De là, nécessité d'opérer la section d'avant en arrière et blessure du plexus veineux donnant lieu à une hémorrhagie abondante.

L'application de forceps préalable avait paru justifiée, au début, étant donné l'âge de la grossesse.

20. — **Cas de Porak.** (N° 64 du tableau). — Voyez ci-dessus page 262 au chapitre Mortalité maternelle.

21. — **Cas de Budin.** — Voyez plus loin page 339.

22. — **Cas de Lusk.** (N° 65 du tableau). — Voyez ci-dessus page 258 au chapitre Mortalité maternelle.

23. — **Cas de Beltrami** (n° 67 du tableau) — Voyez plus loin page 319.

4ᵉ Catégorie. — 9 *Observations.*

Symphyséotomies d'emblée, dont 7 incomplètes soit volontairement, soit involontairement (bassin non ou insuffisamment ouvert).

24. — **Cas de Harajewicz.** (N° 18 du tableau.)

Un cas de symphyséotomie, par le Dr Wladislas Harajewicz, ancien interne de l'hôpital St-Lazare de Cracovie.

Le 4 août 1892, on a admis dans le département d'accouchement de l'hôpital de Saint-Lazare de Cracovie, Anne Lang, journalière, âgée de 25 ans, en couches pour la seconde fois. Elle a fait ses premières couches, le 18 mars 1891, dans ce même hôpital. Alors, par suite d'un rétrécissement de second degré du bassin, je dus faire l'opération de la crâniotomie sur le fœtus mort, qui se présentait dans la position crânienne II, et qui était très développé et à terme. Les couches furent régulières, et l'accouchée quitta l'hôpital tout à fait rétablie, le 27 mars 1891, dix jours après l'accouchement.

Elle a eu ses règles, pour la dernière fois, en novembre 1891. C'est une personne de petite taille, 1 m. 45 de haut; elle ne présente pas d'irrégularités frappantes, accusant qu'elle a souffert du rachitisme. L'examen local montre un état général satisfaisant. Ventre gonflé par la matrice qui est dilatée par une grossesse de neuf mois lunaires. Le fœtus est dans la position crânienne I, son pouls s'entend bien et est normal; sa tête s'appuie vers l'entrée. Douleurs fréquentes et fortes. Les mensurations du bassin donnent :

Diamètre des épines	19
— des crêtes	21
— bitrochantérien	28
Conjugué externe	17
Conjugué diagonal	9 1/2
Conjugué vrai	7 1/2 à 7 3/4
Hauteur de la symphyse	4 1/2

L'examen interne nous fait constater l'état suivant : la partie vaginale a disparu, l'orifice externe est complètement ouvert, le sac fœtal est crevé, un petit segment de la tête s'appuie contre

l'entrée du bassin, et la grande fontanelle est tournée vers le côté droit. Il est difficile de palper cette fontanelle qui est placée très haut et en arrière.

La suture sagittale court transversalement près du sacrum. Les os du crâne sont durs et résistants, les sutures très minces. Sous une forte pression du doigt, la tête se relève. Le doigt peut facilement arriver au promontoire, et le bassin paraît, en général, resserré et plat. En l'absence du professeur Madurowicz, je fus appelé en consultation par le docteur assistant Kosminski.

Après avoir examiné tous les deux la parturiente, nous eûmes à décider s'il fallait attendre que le fœtus mourût pour exécuter ensuite l'opération de la crâniotomie; ou bien procéder, immédiatement et d'une manière effective, à la délivrance de la parturiente.

Ayant égard à ce fait qu'une fois déjà, lors du dernier accouchement, la trépanation a été pratiquée, puis aux circonstances actuelles, et enfin à celle-ci que le fœtus vivait, nous résolûmes d'avoir recours à un procédé qui, tout en facilitant la naissance, sauverait la vie de l'enfant sans trop exposer celle de la mère.

L'opération qui nous parut la plus propre à nous faire obtenir ce double résultat fut celle de la symphyséotomie, et, à l'invitation du Dr Kosminski, j'y procédai immédiatement.

La parturiente fut placée sur la table ordinaire des opérations, les cuisses en bas. Après avoir lavé minutieusement le vagin, d'abord avec une solution de 2 0/0 de créoline, et ensuite avec une autre de 1/5000 de sublimé, on a savonné les parties honteuses externes, on a rasé le dessus du pubis (mons Veneris), et on a lavé avec beaucoup de soin tout le champ de l'opération, d'abord avec une solution d'acide phénique à 3 0/0, et ensuite avec du sublimé, 1/3000. On plaça dans l'urèthre un cathéter métallique. Lorsque tous les préparatifs furent terminés, et que la parturiente eut été narcotisée par le chloroforme, je sectionnai, avec le scalpel ordinaire, les parties molles situées devant la symphyse des os du pubis. Je fis immédiatement la ligature de quelques vaisseaux saignants, je commençai la section externe à 1 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse, et je la prolongeai de 1 centim. sur la commissure antérieure. Ayant mis à nu la surface externe de la symphyse, je divisai avec une pointe émoussée les insertions des muscles droits, afin de pouvoir introduire l'index de la main

gauche sur la surface postérieure de la symphyse. Ayant fait cela avec facilité, je commençai à sectionner la symphyse de haut en bas avec le bistouri courbe à bouton.

Le cathéter, placé dans la vessie, garantit cet organe de toute lésion. *Selon le conseil de Léopold* (1), *je ne sectionnai d'abord que les 2/3 de la symphyse*, à partir du haut, dans l'espoir que de cette manière l'emploi du forceps faciliterait l'accouchement. Après cette section partielle, la tête s'abaissa un peu, et les extrémités supérieures de la symphyse s'écartèrent sur une largeur de 1 doigt, ou, si l'on veut, de 1 1/2 centim. La tête bien que se trouvant haut, fut saisie facilement par le forceps de Madurowicz. Cependant *des tractions réitérées, et même des tractions forcées n'eurent pas le résultat désiré*. Je me vis donc forcé de sectionner toute la symphyse du pubis. Je recommandai à deux assistants de maintenir les trochanters, afin de préserver la parturiente d'une lésion des articulations sacro-iliaques, dans le cas de l'écartement subit des os du pubis. La section du reste de la symphyse ne présenta aucune difficulté; mais par suite de la distension du « *ligamentum arcuatum* », il se produisit une hémorrhagie peu considérable, qui fut arrêtée avec un tampon de gaze iodoformée; ce qui fut d'autant plus facile à exécuter que les os du pubis s'étaient écartés de 6 1/2 centim. Une seule traction, faite avec le forceps, dégagea la tête. Le reste alla sans difficulté. Le placenta fut retiré par le procédé de Crédé.

Après l'accouchement, on lava de nouveau le vagin avec une solution de créoline à 2 0/0. Le tampon, retiré de la blessure, était imbibé de sang, mais le fond de la plaie ne saignait plus.

Après avoir rapproché l'un de l'autre les os du pubis, je les cousis : 1° par deux fortes sutures de fil de soie, allant à travers les parties molles et le périoste de l'un et de l'autre os du pubis; 2° par une suture de soie que je fis à 1 1/2 centim. du bord de droite, en passant l'aiguille avec le fil à travers les parties molles mises à nu et le périoste, parallèlement au bord de gauche de la section, et en conduisant l'aiguille de haut en bas; puis, continuant de l'autre côté, avec la même aiguille et le même fil, mais dans la direction de bas en haut, j'ai lié en haut les deux extrémités du fil. J'ai cousu les parties molles de devant la symphyse,

(1) *Centr. für Gyn.*, n° 30, 1892.

au moyen d'un rang de profondes sutures de soie, et j'ai fait encore une suture de fil d'argent supplémentaire, à plaque, à travers la peau, les parties molles et le périoste.

Pansement iodoformé sur lequel on met le tube d'Esmarch dont on entoure le bassin.

On a retiré le fœtus vivant, mais évanoui; cependant il n'a pas été possible de le rappeler à la vie; et il est mort quatre heures après sa naissance.

Poids du fœtus : 3 kilog. 100.

Longueur du fœtus : 53 centim.

Mensuration du crâne : circuit : 35; B.F. 6 1/2; B.P. 8 1/2; F.O. 11; M.O. 13; Trans. sin. 10; Trans. dext. 13.

Les lésions que porte la tête du fœtus ont été produites par les cuillers du forceps. Du côté gauche, nous avons trouvé une écorchure à l'épiderme, ainsi qu'une empreinte faite par la cuiller de gauche en forme de deux raies, dont l'une passait à côté de l'angle externe de l'œil gauche, par l'os zygomatique et par le milieu de l'os pariétal; et l'autre courait obliquement tout près du pavillon de l'oreille droite. De l'autre côté, c'est à-dire du côté droit, on a trouvé derrière l'oreille un hématome de la grandeur d'un sou, résultant de la pression exercée par le sommet de la cuiller de droite; en outre, sur la bosse pariétale de derrière, il y a une petite empreinte qui provient de cette dernière cuiller.

Le jour même de l'opération, la malade ne se plaignit que d'un sentiment de brûlure à la blessure externe, et d'une douleur vague dans la région de la symphyse. Le soir, elle commença déjà à se plaindre de la ceinture élastique, qui se pose ordinairement sur le bandage de gaze amidonnée. On la débarrassa de cette ceinture.

Le 6 août, par suite de douleurs occasionnées par le pansement, on retire la ceinture élastique, et il se produit un mieux sensible. Cependant, dans la région de la symphyse, la douleur se fait encore sentir et augmente lorsqu'on exerce une pression aux crêtes de l'os iliaque. L'urine, rendue par le cathéter, est normale; le soir, la température atteignit 38°,3, sans frisson.

Le 7, matin 37°,4, soir 38°. La douleur diminue même à la symphyse; la malade est de bonne humeur.

Le 7, matin 37°,4, soir 37°. Ventre un peu gonflé par suite de la constipation. On prescrit huile de ricin.

État général bon. On comprime les seins qui sont gonflés. Les lochies sont normales.

Le 9, matin 37°,2, soir 38°,6. Vers le matin, quelques selles liquides : le bandage qui en a été souillé, est changé. Les excrétions de la plaie sont tout à fait normales. On a remplacé le pansement par une ceinture de serviettes cousues ensemble et fortement serrées.

La malade ne se plaint de douleurs à la symphyse que lorsque l'on serre le bandage trop fort. Les articulations sacro-iliaques ne trahissent aucune irrégularité. Des mouvements délicats, passifs, imprimés aux extrémités inférieures ne produisent pas de douleurs. La matrice est à la hauteur du nombril.

Elle s'incline vers la droite, et elle est dure. On ne peut constater de douleurs en aucune partie de la cavité ventrale ; lochies normales.

Le 10, matin 37°,7, soir 39°,5. On change tout le pansement. La blessure de la peau a guéri par première intention et sans réaction. Pas de suppuration. Pansement sec. Le palper de la symphyse, qui est quelque peu enflée et grossie, provoque une douleur, mais très modérée. Une pression, faite sur les crêtes des os du bassin, ne cause plus de douleur. La fièvre, qui dure depuis quatre jours, est sans phénomène d'infection, car il n'y a ni frisson, ni accélération excessive du pouls, ni soif, ni phénomène pathologique dans aucun organe. Cela indique qu'il doit y avoir, à l'intérieur des voies génitales molles, quelque lésion d'un caractère purement local, La malade urine et va à la selle sans secours, ni difficulté. Mouvements des pieds passifs, non douloureux.

Le 11. Matin 37°,9, soir 39°,2. Pas de changement.

Le 12. Matin 37,°5, soir 38°,6.

Une forte pression, exercée sur les os iliaques, ne produit pas de douleur. L'appétit est bon, les seins mous ; l'état général satisfaisant.

Le 13. Matin, 37°,9, soir, 39°,5. Renouvellement du bandage. La blessure interne est tout à fait guérie, mais les sutures tiennent encore bien ; et on les laisse. Les excrétions purulentes sont abondantes. L'enflure de la symphyse est notablement diminuée.

Le 14. Matin 37°,5, soir 39°,3.

On donne de l'huile de ricin à cause d'une constipation de trois jours, il y a plusieurs évacuations copieuses ; la malade est gaie, dort bien et a bon appétit. La matrice est de deux doigts au-dessus de la symphyse ; son fond incline à droite.

Le 15. Matin 37°,2, soir 37°,5.

Changement de pansement : il ne se présente rien d'anormal dans la blessure. Seulement, sur le sacrum il s'est formé un petit décubitus de la grosseur d'un centime. On y applique de l'onguent : zinc ox.

Le 16. Matin 37°,3, soir 39°,5.

État général bon.

Le 17. Matin 37°,2, soir 37°,5. Lochies normales et copieuses Changement de pansement. On retire la suture de soie, on ne laisse que celle d'argent. La blessure est tout à fait guérie. La symphyse est grossie dans son ensemble, ce que peut constater l'examen interne, et elle est très peu douloureuse au palper. La malade se sent tout à fait bien, et elle aime à se tenir couchée sur le côté. Des mouvements actifs des extrémités inférieures ne produisent aucune douleur. Les excrétions sont plus rares et de couleur rosée. L'appétit est bon.

Depuis ce jour la température n'a pas dépassé 37°,5. La guérison fait de grands progrès. 23 août, on enlève la suture d'argent, auprès de laquelle il se montre deux lésions produites par les plaques recouvertes de gaze iodoformée. Ces lésions se trouvent tout à fait cicatrisées au bout de trois jours.

La malade commence à s'asseoir.

1er septembre. Elle sort de son lit sans aucune douleur, et elle marche bien.

Depuis le 6 septembre, sa démarche est tout à fait aisée et dégagée.

Elle quitte l'hôpital, le 8 octobre, dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer. Le dernier examen a montré, à l'extérieur : le ventre dans un état normal et sans aucune irrégularité interne; l'ancienne blessure complètement cicatrisée; la symphyse absolument non douloureuse, mais grossie. A l'intérieur : le vagin un peu lâche, mais sans altération morbide, l'orifice de la partie vaginale tourné vers le devant, et, à la lèvre antérieure, une longue échancrure parallèle à l'axe de la matrice, entièrement cicatrisée et partageant cette lèvre en deux moitiés; la voûte libre, la matrice sans douleur, mobile et dans sa position normale.

De l'ensemble des circonstances que présentait l'état de la parturiente résultait le besoin de l'application du procédé que nous avons employé. Ces faits que le rétrécissement du bassin était du second degré, que le fœtus vivait, que sa tête, appuyée vers l'en-

trée, était dure et résistante, et que, malgré de fortes douleurs, la tête ne s'abaissait, ni ne se fixait, nous donnaient le choix : ou de faire la trépanation du fœtus vivant, vu que la matrice était fortement contractée autour du fœtus, que l'anneau de contraction (Kontraktionsring) se montrait nettement à 3 doigts au-dessous de l'ombilic, et que les douleurs étaient fréquentes et énergiques ; ou de pratiquer l'opération césarienne ; ou enfin celle de la symphyséotomie. Quant à la première, j'ai déjà dit plus haut que, dans notre cas, nous ne pouvions la considérer comme un moyen convenable ; pour la seconde, nous n'avions pas d'indications absolues, mais tout nous parlait en faveur de la troisième. En effet, le fœtus était vivant, l'état général de la parturiente était bon, et la réussite presque certaine, grâce aux antiseptiques.

Cependant plusieurs causes se réunissaient pour faire présager, quant au fœtus, un résultat négatif. *D'abord, me conformant aux conseils de Léopold, je me suis borné à ne sectionner que les trois quarts de la symphyse.* Il est évident que cela n'a pas suffi, puisque la tête, malgré de fortes tractions, n'a pu franchir l'anneau pour arriver dans le vide du bassin. La seconde cause était le manque d'instruments convenables pour faire descendre la tête. Comme l'établissement de St-Lazare ne possédait ni le forceps de Tarnier, ni celui de Breuss, qui facilitent d'une manière si parfaite la descente lorsque la tête se trouve haut et n'est pas fixe, on a dû employer le forceps de Madurowicz, qui est excellent dans d'autres cas, mais qui ne répond pas au besoin du cas actuel.

A ces circonstances il faut ajouter qu'il n'a pas été possible de tirer la tête en bas et que, par suite, *les fortes tractions ont déterminé des lésions qui ont produit l'asphyxie et la mort du fœtus.* Il est cependant hors de doute que, dans notre cas, on ne pouvait penser à extraire le fœtus entier, à terme et vivant, par les moyens ordinaires. Grâce à la section de la symphyse, nous avons eu le fœtus vivant, et la mère a recouvré la santé.

25. — **Cas de Zweifel.** (N° 23 du tableau.)

Femme âgée de 37 ans, mariée depuis 10 ans, a eu déjà 7 accouchements à terme, tous terminés avec l'aide d'un médecin (6 fois la version, 1 fois le forceps). Un accouchement avant

terme, à 8 mois, spontané, terminé par la naissance d'un enfant, seul survivant. Tous les autres enfants étaient morts-nés.

Cette femme avait marché tard, à 3 ans. Les dents aussi bien que les membres présentaient des traces évidentes de rachitisme. Taille 1m,54.

Cette femme qui désirait à tout prix avoir un autre enfant vivant, entra à la clinique décidée à subir l'opération césarienne. L'enfant était à terme, vivant, en présentation du sommet, 1re position.

Travail commencé 2 jours auparavant, la poche des eaux rompue depuis 36 heures, la dilatation comme la paume de la main et les bords de l'orifice flasques, pendant dans le vagin. Tête élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur; suture sagittale suivant le diamètre transverse; un faible segment de la tête fœtale saillant dans l'excavation.

Bassin plat rachitique : épines, 26; crêtes, 28; troch. 31; conj. ext., 17; conj. diag., 10.

La disproportion entre la tête et le bassin était telle qu'il n'y avait aucun espoir de pouvoir terminer l'accouchement par le forceps. La version prophylactique était encore possible, mais après ses insuccès lors des accouchements antérieurs et étant donné l'absence de dilatation suffisante et la rupture de la poche, nous y renonçâmes.

Dans ces conditions, les résultats excellents obtenus par Zweifel avec la césarienne, résultats si remarquables que, pratiquée sur une femme ne présentant pas d'accidents fébriles et l'enfant étant vivant, elle permet d'espérer, presque à coup sûr, le salut des deux êtres, l'inclinaient fortement à adopter ce mode d'intervention. Toutefois, ébranlé par les succès si surprenants annoncés dans ces derniers temps à l'actif de la symphyséotomie, c'est à celle-ci qu'il se décida. L'opération fut faite le 27 septembre 1892.

(J'insiste sur le manuel opératoire suivi.)

Incision cutanée médiane s'étendant de 1 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse jusqu'à 1 centim. au-dessus du capuchon du clitoris.

Ligature de quelques vaisseaux.

Désinsertion des droits abdominaux dans l'étendue nécessaire pour frayer le chemin à l'index, qui introduit derrière la sym-

physe descend jusqu'à son bord inférieur. Introduction d'un cathéter dans l'urèthre et évacuation de la vessie. Introduction sous le contrôle du doigt guide d'un bistouri boutonné légèrement recourbé ; section du cartilage de haut en bas.

Après section de la moitié supérieure de la symphyse les pubis s'écartèrent au plus de 1 centimètre. Alors suivant la proposition de Léopold le forceps de Tarnier fut appliqué et on tenta mais absolument sans succès l'extraction de l'enfant.

Il fallut inciser le cartilage dans toute sa hauteur et même le ligament arqué avant que pût se produire l'écartement des pubis. Et *avant que cela se produisit, les tractions restèrent sans résultat* et la tête se maintint aussi haut au-dessus de l'entrée du bassin qu'avant l'opération.

Après la section du ligament arqué qui se fit comme ci-dessus les pubis s'écartèrent, *sous l'influence de nouvelles tractions* de 65 millim.

Cette section fut suivie d'une forte hémorrhagie veineuse qui fut arrêtée par un tamponnement iodoformé. Extraction par le forceps.

La section de la symphyse dura 15 minutes et *l'extraction du fœtus*, qui fut très pénible, *5 heures* 28 *minutes* (!)

Pendant les fortes tractions les symphyses sacro-iliaques furent en grand danger d'être disjointes.

Le placement d'un tube de caoutchouc autour du bassin d'après la proposition de Freund-Müllerheim resta à l'état de tentative. A cause de son glissement répété en haut il ne remplit pas son but et ne donna que de l'embarras.

On se borna pendant l'extraction au forceps à faire soutenir les 2 symphyses sacro-iliaques par les mains d'un assistant.

La tête s'engagea avec un ressaut qui fit d'abord craindre un désastre puis elle fut rapidement extraite.

Toute l'opération du forceps se fit dans le décubitus dorsal, en position d'examen.

Après la terminaison les cuisses furent placées dans l'extension et on s'occupa d'arrêter l'hémorrhagie par la plaie symphysienne. Celà présenta des difficultés dignes de remarques, etc.

Sutures.

L'urine après l'opération était légèrement sanguinolente mais dès le second jour le sang avait disparu et l'urine était claire. — Miction spontanée.

Enfant : longueur : 53 cent. ; poids, 3500 grammes. *Dimensions de la tête :* O. F. 12 cent. ; B. P. 8 ; B. T. 9 1/2 ; O. M. 12 3/4 ; circonf. O. F. 36 ; circ. S. O. F. 34 1/2. Os crâniens très durs. Diamètre et circonférence des épaules, 13,38 ; de la poitrine, 9,31 1/2 ; des hanches, 9,29.

Suites opératoires : Immédiatement après l'opération, l'urine fut légèrement sanguinolente ; mais le lendemain elle était redevenue limpide. Miction spontanée ; 3 semaines après avoir été opérée, la femme pouvait se tenir debout et marcher sans éprouver aucune souffrance.

Quant à l'enfant, venu au monde en état d'asphyxie profonde, il put être ranimé.

La respiration était libre le 2e jour mais les quelques cris que poussait l'enfant étaient courts et entrecoupés de sanglots. Il ne buvait pas et la température rectale atteignit le 3e jour 40°. Il mourut le 4e jour d'une pneumonie qni manifestement était en relation indirecte avec la dyspnée.

L'enfant, remarque encore Zweifel, est mort d'une pneumonie qui était en relation indirecte avec la symphyséotomie.

Les battements du cœur étaient ralentis dès le début de l'opération et ils l'étaient d'avantage encore après l'incision du cartilage symphysien, toutes conditions défavorables.

26. — **Cas de Pinard.** (N° 1 du tableau.)

Femme B..., 32, ans secondipare. Bassin canaliculé ; promonto-sous-pubien 9,7.

1er *accouchement* : 13 juillet 1886, à terme (Maternité).

Présentation de l'épaule ; procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne par M. Ribemont-Dessaignes avec l'embryotome de Tarnier.

La tête ne put être extraite qu'après basiotripsie. Cette femme est sortie 32 jours après.

2e *accouchement :* 3 février 1892 ; dernières règles du 1er au 6 mai 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Hydropisie de l'amnios ; fœtus mobile ayant tendance à se présenter par le siège ; paraissant volumineux. Le palper mensurateur accuse une disproportion considérable.

Introduction d'emblée du ballon Champetier à 7 heures 1/2 du soir, le 3 février. A minuit 1/4, la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme; extraction du ballon; la poche des eaux est intacte. On tente à plusieurs reprises, mais sans succès, de ramener en bas, par manœuvres externes, la tête du fœtus qui se présente par le siège en transversale.

M. Pinard se décide alors à faire l'extraction par les pieds après symphyséotomie préalable. A minuit 50, commencement de l'incision. Après symphyséotomie, écartement spontané de 1 cent.

A 1 heure 15, rupture artificielle des membranes et commencement de l'extraction; à 1 heure 20, le siège est hors de la vulve; à 1 heure 24, extraction de la tête par la manœuvre de Champetier, extraction difficile, accompagnée de deux ressauts dont le dernier est le plus marqué. L'écartement n'a pas été mesuré. Délivrance.

A 1 heure 45, la suture est faite et le pansement fixé par une ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3350 grammes et mesure 52 cent.

Il est en état de mort apparente, mais ne tarde pas à être ranimé par simples frictions et à crier.

Enfoncement du pariétal postérieur, le droit, siégeant au lieu d'élection, profond et tel que tandis que le diamètre bipariétal mesure 9 cent. 8, le diamètre qui va du fond de la dépression à la bosse pariétale antérieure mesure 8 cent. 9 seulement.

Enfant mort le 6 février à 6 heures du soir (3e jour) ayant présenté les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée. Tête conservée au Musée.

Suites de couches normales; une seule fois, le 5e jour, la température a atteint 38°,2. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 23 février (21e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

27. — **Cas de Caruso.**

Anna Vacca, 24 ans, rachitique.

Mariée à 22 ans, cette femme accoucha une première fois en juin 1890. Le travail dura environ 48 heures; la tête sortit spon-

tanément, mais la fontanelle antérieure était perforée par suite des manœuvres pratiquées par une sage-femme pour aider l'accouchement; le tronc, retenu, ne fut extrait qu'une heure après par un accoucheur à l'aide d'un lacs appliqué sur le cou. Fœtus mort.

Redevenue enceinte au bout de trois mois, elle entre en travail le 5 juin vers sept heures du soir; dans la nuit du 6 au 7, les membranes se rompent. Les contractions utérines sont peu énergiques pendant toute la journée du 8. Le 9 au matin, vers sept heures, le liquide amniotique devenant vert, la sage-femme se décide à demander le secours d'un accoucheur.

Je trouvai cette femme, de petite stature, avec des signes évidents de rachitisme dans tout le squelette, exténuée par la longue durée du travail. L'utérus était inerte; le liquide amniotique en grande partie écoulé. Le fœtus qui se présentait par le sommet, en gauche transversale, était encore vivant, et les battements du cœur se percevaient assez bien.

L'orifice utérin était presque complètement dilaté, et la tête, volumineuse, fixée au détroit supérieur. On arrive facilement sur le promontoire.

La mensuration du bassin donne les résultats suivants:

Epines, 26.

Crêtes, 24.

Troch. 28,5.

Conj. ext. 18.

Conj. diag. 8,5.

Conj. vrai estimé, 6,7 à 7 centim.

Avec une viciation pelvienne de ce degré, le fœtus étant encore vivant, la seule thérapeutique rationnelle me parut être la symphyséotomie qui, proposée à la parturiente et à ses parents, fut aussitôt acceptée.

Assisté de mes collègues C. Samut et F. Leocata, je fis avec toutes les précautions antiseptiques l'incision de la symphyse de la façon que je décrirai plus loin; puis sans attendre, à cause de l'inertie de l'utérus, je fis l'application du forceps.

L'extraction ne fut pas difficile; le fœtus, né avec deux circulaires du cou très serrés, était en état d'asphyxie; et, malgré les soins qui lui furent prodigués pendant près de 3/4 d'heure, il fut impossible de le ranimer.

Délivrance artificielle.

Suture de la plaie supra et pré-pubienne. Gaze au sublimé et ouate sur la plaie ; immobilisation du bassin avec un bandage de corps et des membres inférieurs avec une cravate de Mayor appliquée au-dessus des genoux.

Fœtus du sexe masculin, long de 53 centim., pesant 4200 gr.

Diamètre de la têtes :	OM.	13,8.
	OF.	11,3.
	S. O. B.	8,9.
	B. P.	9,1.
	B. T.	8.

Les os du crâne ne présentent pas d'enfoncement. Cordon ombilical, 58 centim. Suites de couches apyrétiques. Cathétérisme les deux premiers jours.

Le 10e jour on enlève les points de suture. Guérison par première intention. Pas de douleurs vers les symphyses sacroiliaques. La femme se lève le 20e jour bien que nous lui ayons recommandé de ne pas le faire avant le 30e ; la marche ne diffère nullement de ce qu'elle était avant l'opération.

L'écartement *pendant l'extraction* a été à 9 centimètres.

Caruso pense que la mort de l'enfant doit être attribuée à la constriction exercée sur le cou par deux circulaires serrés, c'est-à-dire à une cause étrangère à l'acte opératoire et indépendante de cet acte. (Il fallait (1) un écartement préalable de 7 centimètres qui n'a pas été produit. H. V.)

28. — **Cas de Potocki.** (N° 41 du tableau.)

M. F..., 38 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1880 (Maternité), à terme, céphalotripsie.

2e accouchement, 13 novembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 18 au 22 février 1892.

Présentation du siège transformé par manœuvres externes en O.I.D.T.

Début du travail le 11 novembre, à 11 heures du soir ; rupture spontanée des membranes à minuit.

Dilatation complète le 13 novembre, à 8 heures du matin.

Vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie d'emblée à 9 heures

(1) **Voyez le tableau de Farabeuf,** ***loc. cit.***

du matin, par M. Potocki (9 minutes). Écartement spontané de 3 centim. (il fallait 5 centimètres au moins) (1).

A 9 h. 11, application de forceps et extraction à 9 h. 23 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 7), d'une fille de 3,300, née en état de mort apparente, insufflée et ranimée ; morte à 1 heure du matin, le 4 novembre.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13,6	B.P.	9,5.
O.F.	11,2	B.T.	8,4.
S.O.F.	10,7		

Prise irrégulière, oblique ; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuiller antérieure, dépression qui disparut dans la soirée en même temps qu'apparaissaient des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. La tête, conservée au musée, sera décrite ultérieurement.

Suites de couches. Température oscillant autour de 38°, les cinq premiers jours.

Réunion par première intention. L'opérée se lève le 22e jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Est encore à la Clinique.

Observations de Pinard : Cet enfant à succombé, comme celui de l'observation 20 (p. 51), à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal.

Bien que l'écartement spontané des pubis fût avant l'extraction de 3 centimètres, la tête s'engagea difficilement car elle était volumineuse, mais surtout parce que l'application de forceps avait été irrégulière (prise oblique).

29. — **Cas de Michael.** (N° 37 du tableau.)

J'ai opéré au Free Lying-in Hospital de l'université de Maryland le 25 octobre 1892.

La patiente était une négresse rachitique de 4 pieds 6 pouces; de haut, âgée de 17 ans.

Mensuration pelviennes : Entre les épines iliaques 8 pouces 1/4; entre les crêtes, 7 pouces 3/4 ; bitrochantérien 9 pouces 1/2 ; conjugué externe 6 pouces ; conjugué vrai 2 pouces 3/4.

Le travail commença le 24 au matin et continua toute la jour-

(1) Voyez le tableau de Farabeuf.

née. La poche des eaux se rompit dans l'après-midi. Je vis la patiente à 9 heures du soir.

Orifice admettant à peine deux doigts; tête grosse, aucun signe d'engagement.

Circulation maternelle et fœtale en bon état. État général satisfaisant.

Je résolus d'attendre une dilatation plus grande et d'opérer le lendemain matin.

Opération à 9 h. 30 du matin le 25, sous le chloroforme; l'orifice était encore petit mais la plus grande partie du liquide amniotique s'était écoulé et le fœtus souffrait de la compression ce qu'indiquaient l'accélération et l'irrégularité des pulsations.

La tête fœtale était évidemment volumineuse et ne pouvait s'engager. Je dilatai d'abord l'orifice utérin jusqu'à ce qu'il put admettre quatre doigts, ayant commencé par vider la vessie.

J'incisai alors les tissus, etc., etc. Symphyséotomie facile.

Les pubis *s'écartèrent d'1 1/2 ou 3/4 de pouce* (*12 à 18*^{mm}) (1). Appliquant alors le forceps de Simpson (Tarnier modifié) au-dessus du détroit supérieur je fis l'extraction lentement, *la dilatation étant très imparfaite.*

Le pelvis fut soutenu solidement sur les côtés pendant l'extraction. L'enfant fut extrait facilement. Je fus attentif à la séparation des pubis. Je fis une pause lorsqu'il atteignit son maximum et je le trouvai de 2 pouces 7/8 (7 c. environ).

L'enfant était vivant et je le passai à un de mes assistants, le Dr K. B. Batchelor.

A l'inspection je trouvai que, malgré mes précautions, j'avais déchiré le col dans sa portion vaginale, le périnée jusqu'à la marge de l'anus, et la paroi vaginale antérieure dans la plaie opératoire. Ces lacérations furent aussitôt réparées avec du catgut sauf celle de la paroi vaginale antérieure qui était si près de l'urèthre qu'il fut jugé bon de l'abandonner à elle-même.

La plaie symphysienne fut suturée au catgut, les sutures les plus profondes comprenant les ligaments pubiens antérieur et supérieur. Pas de drainage. Pansement à l'aristol et à la gaze iodoformée. De larges bandes adhésives furent placées autour du bassin et le tout maintenu par un bandage solide.

---

(1) Il aurait fallu un écartement préalable de 6 centimètres au moins.

La femme était après l'opération dans un état excellent, mais elle tarda quelque peu à sortir de l'anesthésie. On pratiqua le cathétérisme chaque fois qu'elle eut envie d'uriner. Suites de couches normales. Le soir du second jour la température était à 101° F ; puis pendant 10 jours elle fut de 100° le soir et de 99° le matin. Peu ou pas de douleurs dans la plaie ni au niveau des symphyses sacro-iliaques. Un peu de douleur et de sensibilité dans le genou droit probablement par suite de la position opératoire.

Appétit bon et état général parfait. Cathétérisme aseptique non suivi d'irritation vésicale. Selle provoquée le 4e jour.

Le 9e jour, l'opérée fut autorisée à s'asseoir dans son lit ce qu'elle fit aisément et seule. Le 11e jour elle resta quelque temps sur une chaise. Le 12e jour elle put marcher bien et solidement. Il n'y avait aucun trouble notable sauf un peu de retard dans la cicatrisation de la plaie vaginale.

Au bout d'un mois la patiente descendait et montait les escaliers et actuellement elle va et vient dans tout l'hôpital et marche aussi bien qu'avant l'opération.

L'enfant mourut le 3e jour ; la mort est due à la compression éprouvée par le fœtus avant l'accouchement, et sans aucun doute à ce fait que l'opération fut renvoyée au lendemain. Il y avait une hémorrhagie méningée et une extravasation sanguine superficielle notable. On trouva un caillot à la base du crâne et un épanchement dans le canal spinal au niveau de la région dorsale. Les poumons étaient remplis d'infarctus.

Diamètre de la tête : Occipito-mentonnier 5 pouces 3/4 ; occipito-frontal 4 pouces 15/16 ; sous occipito-bregmatique 4 pouces 3/8 ; bipariétal 4 pouces (101mm) ; bi-temporal 3 pouces (75mm).

30. — **Cas de Latzko**. (N° 50 du tableau.)

Primipare de 29 ans. Poche des eaux rompue depuis 7 heures ; amincissement commençant du segment inférieur de l'utérus. Malgré deux jours de travail avec contractions énergiques, la tête était encore mobile au-dessus de l'entrée du bassin, occiput à droite. Enfant vivant, volumineux. Dilatation comme la paume de la main. Liquide amniotique clair.

Conjugué diagonal 9 cent. 3/4. Conjugué vrai estimé 8 cent. 1/4 au maximum. Bassin plat. Pas de vestiges de rachitisme.

La disproportion manifeste, l'amincissement déjà évident du segment inférieur ne permettaient pas de considérer comme possible l'accouchement par la voie naturelle, soit spontané, soit par la version ou le forceps. On ne pouvait songer à l opération césarienne à indication relative parce que, abstraction faite du manque d'autorisation des parents, les circonstances extérieures la contre indiquaient. Il ne serait donç resté que la craniotomie, si la renaissance de la symphyséotomie n'avait donné le choix entre la perforation de l'enfant vivant et la symphyséotomie.

L'auteur se décida pour cette dernière à cause des résultats obtenus récemment par Schauta dans sa clinique, dans 3 cas.

Pendant les préparatifs qui durèrent presque une heure, l'anneau de contraction s'était élevé jusqu'à l'ombiiic, le liquide amniotique s'était mélangé de méconium, les bruits du cœur restaient bons. La parturiente étant chloroformée et placée dans la position de la taille, incision d'environ 8 cent. sur la symphyse, etc., etc.

Incision de la symphyse et du ligament arqué. Aussitôt les extrémités des pubis s'écartèrent *d'environ* 5 *cent.* (1). Une hémorrhagie veineuse moyenne fut arrêtée par un tampon à la gaze iodoformée.

La tête toujours au-dessus du détroit supérieur fut saisie avec le forceps à traction axile et *par une seule traction* amenée sur le plancher du bassin dont la résistance fut vaincue par des incisions périnéales.

L'enfant extrait pesait, *le second jour* 4500 *gr.;* il a crié de suite. Le pariétal droit présentait une infraction profonde correspondant au promontoire et qui doit être rapportée à l'intensité ci-dessus mentionnée des contractions utérines. Il mourut le 3e jour, subitement, évidemment d'une hémorrhagie cérébrale.

Délivrance spontanée 10 minutes après. Suture du col et tamponnement pour arrêter une hémorrhagie utérine considérable. Suture osseuse. Se lève la 3e semaine.

31. — Cas de Morisani (2).

Vincenza de Siena, 19 ans, primipare. Entrée à la clinique à terme et en travail. Longueur du col 1 centimètre. Orifice à peine

(1) Il fallait de 6 à 7 pour un fœtus jugé à l'avance *volumineux*.

(2) *Ann. de Gyn.*, janvier 1892, p. 5.

dilaté. Poche des eaux rompue depuis 24 heures ; écoulement par le vagin de liquide amniotique mélangé de méconium. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale. Température de la parturiente 38°,7.

Conjugué diagonal 8°,8.

Conjugué vrai, environ 7 centimètres.

Date de l'opération : 28 mars 1890. — Après l'emploi des douches de Kiwisch et du colpeurynter de Braun, *la dilatation de l'orifice utérin étant incomplète*, on pratiqua la symphyséotomie puis l'extraction par la version. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne ; réunion par première intention.

Suites de couches pathologiques traitées avec succès, enrayées en peu de jours par des injections intra-utérines de sublimé.

Fille vivante née en état d'asphyxie (3e degré), ranimée à l'aide de soins appropriés, mais *morte* 12 *heures après*. Poids 3250 gr Diamètre bipariétal 9,5.

Dans la statistique de Caruso où cette observation porte le n° 10, on lit aux observations. « Pendant l'extraction du fœtus il y eut distorsion du bras droit, *accident qui rendit notablement difficile la terminaison de l'opération* ».

32. — **Cas de Jewett.** (N° 26 du tableau.)

Le 30 septembre, grâce à la courtoisie des Drs Hunt et Carley, je fus appelé à voir le cas suivant de dystocie.

A mon arrivée, à 7 heures du soir, mes confrères me donnèrent les renseignements suivants.

La patiente, femme robuste et de bonne santé, âgée de 22 ans, primipare, était en travail depuis une heure du matin.

A 10 heures du matin l'occiput apparut à l'orifice vulvaire. Pendant deux ou trois heures après, les douleurs restèrent énergiques mais la tête resta fixée et étreinte au détroit inférieur.

Les tentatives faites pour extraire l'enfant par le forceps n'avaient eu aucun résultat. L'instrument ne put être placé sur la tête.

Bien que tout le reste fût évidemment large il y avait un rétrécissement transversal prononcé du détroit inférieur, le diamètre biischiatique mesurant environ 3 pouces (76mm).

Il était manifestement impossible de sortir le fœtus intact à travers ce détroit. La craniotomie aurait pu être aisément faite sans risque pour la mère, mais le cœur fœtal était encore vigoureux bien que son rythme fût un peu rapide, de 150 à 170 par minute. Le pouls de la mère ne dépassait pas 100 et la température était normale. Tout nous faisait répugner à l'opération fœticide. Tout y compris les amis de la patiente poussait à la symphyséotomie.

L'opération était clairement indiquée, moins formidable que l'opération césarienne et pleine de promesses dans les conditions présentes pour la mère et l'enfant.

On fit chercher les instruments nécessaires, mais le messager s'étant égaré, l'opération fut retardée jusqu'à 9 *h.* 30 *du soir.*

Pendant ce temps les battements du cœur avaient perdu de leur force mais n'avaient point augmenté de fréquence.

Symphyséotomie complète, jusqu'à ce qu'on sentit les pubis s'écarter.

La délivrance fut alors aisée. La tête fut poussée par les doigts placés dans le rectum tandis qu'une forte pression était exercée au-dessus des pubis.

La séparation des pubis ne parut pas dépasser un pouce. Vessie et urèthre sains. Pansement et immobilisation du bassin par un solide bandage de mousseline.

Guérison sans incident.

L'enfant, un garçon bien développé, fut ressuscité avec peu de difficulté, mais il mourut au bout de 24 heures des suites de la pression longtemps continuée, certainement de lésions cérébrales. La tête était extrêmement défigurée. La position était une occipito-antérieure gauche. Un profond sillon s'étendait du haut de l'oreille droite en avant du bregma, correspondant à la situation de la branche ischio-pubienne droite. Le pôle occipital au-dessus de cette ligne était moulé en un long cylindre étroit. Il y avait une asymétrie marquée de la face. Le lendemain le diamètre occipito-mentonnier mesurait six pouces et demi, l'occipito-frontal 5 pouces 1/2, le bipariétal 3 pouces et demi, la circonférence sous-occipito-bregmatique 13 pouces 1/2.

Comme conclusion je puis dire qu'eu égard à la longue pression supportée par la tête, la condition des passages n'était pas pour faire espérer beaucoup de la symphyséotomie. La viabilité

manifestement compromise du fœtus aurait été une justification suffisante de la craniotomie ; mais comme les battements du cœur étaient nettements forts au moment d'opérer, nous avons préféré la marche suivie à la craniotomie de l'enfant vivant ou à ce que nous regardions comme pire, au subterfuge qui consiste à attendre la mort de l'enfant.

CONCLUSIONS

Nous avons tenu, pour la période antérieure au 31 mars 1893, à faire ce relevé général qui comprend, avec les opérations antiseptiques, raisonnées, calculées, bien conduites, celles (et on a pu voir qu'elles sont nombreuses) qui ne sont rien moins que tout cela.

Mais l'apprentissage est aujourd'hui suffisant.

Lorsque Morisani et nous après lui et d'autres après nous ont pris parti pour la symphyséotomie, il a été bien entendu qu'il s'agissait de la symphyséotomie *antiseptique sur des femmes non infectées.*

Qu'on ne vienne donc plus arguer de la mortalité par septicémie. Pour juger la symphyséotomie septique il n'est pas besoin de nouvelles observations ; celles du temps passé suffisent.

Les questions sur lesquelles il pouvait rester des doutes dans l'esprit de quelques-uns étaient uniquement celles-ci :

1° Oui ou non, la symphyséotomie raisonnée, calculée, bien conduite, entraîne-t-elle, comme on s'est plu à le répéter lors de la publication de Spinelli et de nos premiers essais, des désordres immédiats ou consécutifs soit du côté des symphyses sacro-iliaques, soit du côté de l'urèthre et de la vessie. L'expérience clinique, confirmant de tous points les résultats de l'expérimentation cadavérique, répond : non.

2° Oui ou non, pour les bassins dont le rétrécissement n'est pas extrême, l'agrandissement produit par la section pubienne complète suffit-il au passage du fœtus vivant à terme ? Oui, répondent les faits.

3° Oui ou non, la symphyse est-elle difficile à trouver et

à sectionner? Non, puisque sur 125 cas on ne l'a manquée que 3 fois; sur 2 de ces cas où la scie a été employée l'opération a pu s'achever sans encombre.

4° Oui ou non, l'opération donne-t-elle lieu à autre chose qu'à une hémorrhagie veineuse aisée à contenir dans des limites non dangereuses? Non. L'unique cas de Tellier n'est pas pour modifier notre conviction (1).

Restent donc, au moment du dégagement de la tête au détroit inférieur et à l'orifice pubio-périnéal, les déchirures antérieures vulvo-vaginales qui, d'après nos observations personnelles et celles de plusieurs confrères, sont manifestement dues au manque de soutien des parties molles antérieures au moment de l'extraction.

Ces déchirures nous paraissent faciles à éviter ou à limiter. Entraînés par l'habitude, les accoucheurs, apres avoir engagé la tête en position transversale et l'avoir amenée au fond du bassin, ramènent à l'aide du forceps l'occiput en avant; sans réfléchir qu'avec 5 ou 6 cent. d'écartement pubien le détroit inférieur et le bassin mous prennent une forme absolument différente de leur forme normale. Ils ne sont plus ovoïdes dans le sens antéro-postérieur mais ovoïdes transversalement. Mettre la tête en directe dans ces boutonnières à grand axe transversal c'est vouloir en faire, presque fatalement, sauter la lèvre antérieure non soutenue.

Si l'on veut se souvenir que, pour le détroit inférieur des bassins rachitiques, il n'est pas besoin de cet agrandissement si nécessaire au détroit supérieur — ainsi que nous l'ont tant de fois prouvé les applications de forceps que nous faisions naguère au détroit supérieur non ouvert — rien n'est plus simple, une fois la tête engagée à fond et la rotation faite, peut-être même avant la rotation, que de refermer le bassin, de réduire à 0 la brèche antérieure, de restituer aux parties molles leur soutien osseux; quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engage-

(1) Voyez plus loin, p. 334.

ment et la descente des épaules, et à le refermer encore pour l'extraction finale. C'est ce que nous ferons désormais pour notre part.

Ainsi disparaîtra, pour la mère, le seul danger de la symphyséotomie antiseptique, raisonnée, calculée, bien conduite. C'est se moquer que de comparer, au point de vue de l'irréductibilité de la mortalité maternelle la symphyséotomie à l'ovariotomie.

Quant à l'enfant nous l'avons assez répété et démontré : Viable, non blessé il doit sortir vivant et survivre, à la double condition que la symphyséotomie sera complète et l'écartement préalable, reconnu nécessaire par le calcul, obtenu avant l'intervention finale : l'application régulière du forceps à traction axile sur la tête fléchie et en position transversale.

C'est sur ces bases, assez nettement établies, je pense, et sur ces bases seules que nous discuterons désormais.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

2e Session du 5 au 7 avril

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

I

Dr G. LEPAGE, chef de clinique obstétricale.

Observation de symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare; accouchement prématuré spontané avant 8 mois 1/2; impossibilité d'extraire le fœtus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou justa-utérine descendant dans l'excavation. Enfant vivant. Mère guérie. Suites de couches physiologiques. Réveil d'une cystite ancienne.

J'ai l'honneur de présenter à la Société obstétricale de France une observation de symphyséotomie que je lui demande de rapporter avec quelques détails pour pouvoir en tirer plus facilement les conclusions :

Le 11 juillet 1892, M. X..., habitant Passy, me priait par lettre de donner mes soins à sa femme qui devait accoucher vers le 8 août ; son médecin habituel le D[r] L..., devant être absent à cette époque, l'avait engagé à me faire demander pour le suppléer.

Je vis madame X..., pour la première fois le 13 juillet ; elle se plaignait de douleurs vives dans le bas-ventre ; ces douleurs qui avaient existé pendant toute la grossesse, s'étaient accrues depuis quelques jours.

Voici les renseignements que je pus obtenir sur les antécédents héréditaires et personnels de cette jeune femme de 27 ans : son père et sa mère sont bien portants ; elle a été nourrie au sein, a marché à 11 mois et n'a présenté aucune manifestation morbide importante, sauf une rougeole à l'âge de 8 ans.

La menstruation s'est établie à 14 ans, d'une façon normale ; l'écoulement sanguin survenait tous les 28 jours, sans douleur et durait cinq à six jours.

Cette femme se marie à 23 ans : à partir de cette époque les règles ne viennent plus que toutes les cinq ou six semaines ; de temps en temps l'écoulement contient des caillots. Pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Une première grossesse a lieu en 1889 ; elle se passe bien, sans incident notable. Pas d'écoulement sanguin. L'accouchement a lieu à terme (?) ; le 16 novembre, le travail dure 40 heures. Le D[r] O..., qui assiste cette femme, fait une application de forceps difficile et extrait une fille vivante, pesant 2 k. 842 le 22 novembre et 3 k. 485 un mois après l'accouchement.

Notre regretté confrère, mort depuis cette époque, avait dû constater à ce moment la présence de la tumeur qui va bientôt nous occuper, puisqu'il avait dit à madame X... qu'il « existait chez elle un obstacle de nature particulière pour lequel il faudrait qu'elle consulte ultérieurement un chirurgien et qu'elle soit soumise probablement à une opération ».

A la suite de ce premier accouchement le D[r] O... pratiqua pendant quinze jours le cathétérisme puis la malade urina seule, mais elle continua à se plaindre d'une cystite dont elle souffre même en dehors de la gravidité. Les suites de couches furent à peu près physiologiques : la malade se leva au bout de 21 jours. Elle put allaiter pendant un an sa fille qui est maintenant forte et bien portante.

Trois semaines après s'être levée; elle perdit du sang; cet écoulement persista pendant quatre semaines; puis elle resta pendant deux mois sans être réglée pour perdre à nouveau du sang d'une manière assez régulière. Les règles devinrent plus abondantes; un écoulement leucorrhéique survint, en même temps que de la pesanteur au niveau des organes génitaux; un médecin consulté diagnostiqua une chute de la matrice? et appliqua un pessaire. Les seuls symptômes qui persistèrent, furent ceux de la cystite : envies fréquentes d'uriner, miction difficile et parfois douloureuse, urines d'odeur fétide de temps à autre.

La seconde grossesse débuta vers le 8 novembre; la femme eut ses dernières règles le 24 octobre et n'eut qu'un rapport sexuel le 8 novembre pendant le mois qui suivit les règles. Dans les premiers moisde 1892 elle perdit à 3 ou 4 reprises un peu de sang; cet écoulement sanguin fit émettre, au Dr L. qui voyait la malade à ce moment, des doutes sur l'existence d'une grossesse; ayant constaté la présence d'une tumeur, il adressa sa cliente à la fin de mars ou au commencement d'avril au Dr Monod, chirurgien de l'hôpital St-Antoine. Celui-ci refusa toute intervention. pensant qu'il y avait grossesse. Bientôt les mouvements actifs furent perçus par la femme.

Pendant toute la dernière moitié de la grossesse Mme X. souffrit beaucoup du ventre, se plaignant de sensation de torsion, de déchirement et obligée de garder le lit.

A mon premier examen, le 13 juillet, je constatai que le fond de l'utérus était assez élevé, mais ce qui me frappa surtout, c'était la situation de l'extrémité céphalique qu'à l'aide du palper mensurateur je ne pouvais faire descendre au niveau de l'aire du détroit supérieur. Le fœtus avait le dos à droite.

Au toucher j'atteignis à bout de doigt un col très élevé ; ramolli, perméable, dévié à gauche; avant d'arriver sur ce col je trouva plaquée contre la paroi postérieure de l'excavation une tumeur assez élevée, arrondie, de consistance ferme et un peu plus développée à droite qu'à gauche. C'était elle la cause du non engagement de la partie fœtale. Ayant observé l'année précédente, avec mes maîtres MM. Pinard et Ribemont-Dessaignes, un cas un peu analogue dans lequel l'accouchement prématuré artificiel avait donné les meilleurs résultats, je pensai de suite à cette intervention; j'en référai au Dr L. qui avait vu la malade au début de sa grossesse

et une consultation fut décidée pour le 15 juillet; nous nous assurâmes la présence du Dr Monod.

Ce jour-là je fus surpris de trouver par le toucher la tumeur plus volumineuse que le 13 juillet; certes elle n'avait pas grossi, mais elle était descendue davantage dans l'excavation. Aussi, tout en restant partisan de provoquer l'accouchement, je fis les plus grandes réserves au point de vue de la terminaison heureuse de l'accouchement, même avec le forceps. En raison de cette dystocie probable, je demandai à mon maître le Dr Monod s'il désirait, en cas d'insuccès être appelé pour procéder à l'ablation de la tumeur ou s'il voyait dès maintenant indication ou possibilité d'intervenir chirurgicalement contre l'obstacle : sur sa réponse négative, j'émis des doutes sur la possibilité d'un accouchement spontané ou même avec le forceps et je déclarai que pour avoir un enfant vivant, il faudrait *peut être* recourir à la symphyséotomie. Nous exposâmes, la situation à la famille et d'un commun accord nous insistâmes sur la nécessité de provoquer l'accouchement le plus promptement possible. Il était sept heures du soir.

La malade qui s'était levée adopta notre projet; elle fit plus car elle ne tarda pas à le réaliser : au moment où nous la quittions, elle déclara éprouver des douleurs plus fortes; en même temps le liquide amniotique vint inonder le parquet.

Elle était en travail : il marcha rapidement. Lorsque je revins auprès d'elle, à 9 heures du soir, j'appris que les douleurs avaient été tellement intenses, tellement rapprochées, qu'on avait dû courir quérir en hâte le Dr L... qui n'avait pu venir et une sage-femme dont j'avais donné l'adresse. Et de fait, la femme poussait vigoureusement; la dilatation était complète; la tête fœtale était descendue, s'était amorcée, fortement fléchie en droite transversale. J'attendis; mais à 11 heures du soir, la femme ne poussait plus; son utérus était fatigué et je me décidai à intervenir.

Introduisant la main gauche dans le vagin, je cherchai patiemment à refouler cette tumeur qui descendait de plus en plus, mais n'y pus parvenir. Il y avait déjà un chevauchement très accusé des os du crâne. Je fis une *première application de forceps bien régulière*, ainsi que l'attestait la situation de la suture sagittale par rapport aux cuillers; je tirai fortement, assis par terre, pendant 10 minutes, sans autre résultat que d'engager davantage la tumeur. Ma prise était solide et mon forceps ne glissa pas. Je dé-

sarticulai, afin de faire de nouvelles manœuvres sous chloroforme.

A 11 heures 30, après avoir anesthésié la femme, je renouvelai en vain mes tentatives de réduction et fis une nouvelle application de forceps semblable à la première ; je tirai fortement pendant 12 minutes, plus fortement que je ne tirerais à l'heure actuelle, en pareille occurrence ; puis je jugeai prudent de désarticuler à nouveau et de ne pas compromettre davantage la vitalité du fœtus. Il était minuit.

J'exposai complètement la situation à la famille qui me laissa toute liberté d'action : certain, — autant qu'on peut l'être, — que l'accouchement avec enfant vivant était presque impossible, je quittai la femme et je me rendis chez mon maître, le professeur Pinard; après une conversation d'au moins une demi-heure, le professeur Pinard, qui ne pouvait m'accompagner, me donna deux conseils dont je ne saurais trop le remercier : 1° celui de pratiquer la symphyséotomie ; 2° celui de me faire assister par mon ami, le Dr Potocki.

A 3 heures du matin, nous arrivions, Potocki et moi, auprès de ma cliente ; elle avait continué à souffrir et à pousser, tout en se rendant compte de l'inutilité de ses efforts. Chemin faisant il avait été bien convenu avec Potocki que ce n'était pas seulement comme aide, mais comme conseil qu'il m'accompagnait ; toutefois, je me refusais à faire une nouvelle application de forceps — pour la faire suivre en cas d'insuccès de symphyséotomie, — et je lui limitais le choix des armes de la manière suivante : ou bien faire de suite la symphyséotomie ; ou bien renouveler avec une nouvelle énergie, les tentatives d'extraction avec le forceps et en cas d'insuccès les faire suivre de leur complément presqu'obligé, la basiotripsie. Après avoir examiné la femme, Potocki jugea comme moi qu'il était préférable de recourir à la symphyséotomie.

Après les préparatifs nécessaires, la malade fut mise sur une table et endormie à nouveau ; un confrère du voisinage continua le chloroforme, deux sages-femmes tenaient les membres inférieurs ; l'une d'elles se trouva mal au cours de l'opération ; Potocki fut dès lors obligé de la remplacer tout en continuant à m'aider.

L'opération, commencée à 3 h. 45 du matin, fut terminée à 4 h. 1/2 ; j'employai le manuel opératoire que j'avais entendu enseigner et vu mettre en pratique par le professeur Pinard ; j'eus quelque difficulté pour ouvrir la symphyse, ayant attaqué trop à

droite le cartilage ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Une application de forceps me permit d'extraire un enfant du sexe masculin qui portait sur les deux joues et notamment sur la joue gauche une forte empreinte; il y eut même sur la joue de ce côté, un peu en dehors de l'arcade orbitaire, une plaie contuse qu'il fallut panser avec soin et dont l'enfant porte encore une légère cicatrice. L'enfant ne fut pesé que le 22 juillet, six jours après sa naissance : son poids était alors de 2 kilog. 897. Nourri au sein par sa mère, il a continué à se bien développer. Délivrance par extraction simple.

La suture des parties molles fut faite avec des fils d'argent, deux profonds et trois superficiels; pansement iodoformé. N'ayant aucun appareil spécial pour la contention, nous nous contentâmes de maintenir les jambes et les cuisses à l'aide de liens, puis de serrer le bassin avec un bandage de corps garni de ouate.

Dans l'après-midi du même jour, la malade fut installée sur un lit élévatoire qui nous rendit les plus grands services pour les pansements ultérieurs et pour les lavages et toilettes des organes génitaux. *Jamais pendant les suites de couches la température n'atteignit* 38°.

A 4 heures du soir le 16 juillet, la malade se trouve bien ; elle a dormi, se sent encore fatiguée. Pansement iodoformé de la plaie.

Le 17. La nuit a été bonne ; la malade est bien, mais elle n'a pas uriné. Le cathétérisme est pratiqué à 10 heures du matin et à 5 heures du soir. On fait un pansement de la plaie.

Le 18. Un peu de gonflement sans rougeur au niveau de la plaie.

Craignant que les moyens de contention du bassin ne soient pas suffisants, je mets dans l'après-midi, avec l'aide de Potocki, une ceinture plâtrée pour maintenir plus solidement le bassin; préalablement tout le bassin a été entouré d'une épaisse couche d'ouate fixée à l'aide d'une bande. La malade est sondée matin et soir. L'enfant prend bien le sein.

Le 19. Même état. La femme se plaint de souffrir en arrière de la pression exercée sur le siège par l'appareil plâtré qui cependant est peu serré.

Langue un peu saburrale. On cesse l'iodoforme qu'on remplace par le salol.

Le 20. La malade n'est pas encore allée à la garde-robe : on lui administre deux lavements à la glycérine qui restent sans effet.

La plaie semble mal affrontée dans sa partie inférieure.

Le 21. La malade est purgée avec de l'huile de ricin qui amène une garde-robe très abondante. Dans l'après-midi la malade urine pour la première fois sans être sondée, mais avec des douleurs très vives.

Le 24. Les sutures sont enlevées ; la plaie est réunie dans sa moitié inférieure ; à la partie supérieure il y a défaut d'accolement, mais pas de suppuration, ou plutôt il y a défaut de parallélisme entre les deux lèvres de la plaie. On enlève en même temps l'appareil plâtré qui fait souffrir la malade sans être bien fixé autour du bassin.

La malade, qui prend du lait, est soumise en même temps au traitement interne par le benzoate de soude pour diminuer les phénomènes de cystite.

La malade va à la garde-robe tous les deux jours après avoir pris un lavement à la glycérine.

Le 25. Jusqu'à ce jour la malade a des mictions fréquentes et douloureuses ; elle vide incomplètement sa vessie et souffre de la vessie avec exacerbations au moment des mictions.

Ce matin, après une nouvelle crise de douleurs vésicales, la femme urine plus aisément. Les douleurs se calment et disparaissent vers le soir.

La bande de toile est enlevée dans l'après-midi.

Le 27. La malade continue à uriner plus facilement tout en éprouvant encore quelques cuissons au moment des mictions.

La partie de la plaie pubienne qui n'est pas bien affrontée est pansée le matin.

Le 4 août. État général et état local excellents. La cicatrisation est complète.

La femme allaite avec succès et l'enfant se développe bien. La plaie de la face, causée par les applications de forceps antérieures à la symphyséotomie, est guérie.

Le 8. L'utérus paraît encore gros, ou du moins son fond reste encore élevé de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis ; mais il reste ainsi soulevé par la tumeur qui l'empêche de redevenir vite organe intra-pelvien.

Le 13. Nous cédons aux instances de la malade en la laissant lever. Elle éprouve de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Le 17. La malade marche dans l'appartement sans appui ; elle lève facilement les jambes, elle accuse seulement un peu de sensibilité au niveau de la région opératoire.

Au commencement de septembre, cette femme m'a consulté à nouveau pour des douleurs qu'elle éprouve dans les membres inférieurs, et pour une sensation de pesanteur qu'elle éprouve du côté du rectum, lorsqu'elle reste longtemps debout. Après examen, je conclus que ces symptômes sont surtout liés à la présence de la tumeur qui n'a guère diminué de volume, qui me paraît plus nettement distincte de l'utérus qu'au moment de l'intervention ; la malade partage d'ailleurs mon avis et m'affirme qu'elle a souffert davantage après son premier accouchement, et que surtout les phénomènes de cystite ont été plus marqués.

J'ai revu à deux ou trois reprises Mme X... : elle se portait bien, marchait facilement et n'éprouvait d'autres malaises que ceux causés par la présence de la tumeur dont il faudra probablement l'opérer lorsqu'elle aura cessé l'allaitement. Son enfant se porte bien.

Réflexions. — A quelle variété de tumeur appartient celle qui a causé la dystocie ? Je crois qu'il faut être très réservé à cet égard : notre impression, commune à Potocki et à moi, au moment de l'intervention, était qu'il s'agissait probablement d'un fibrome siégeant à la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus. Ce qui frappa beaucoup Potocki lorsqu'il pratiqua le toucher manuel après l'intervention, ce qui lui expliqua comme à moi pourquoi cette tumeur ne se laissait pas davantage aplatir, ce fut la consistance solide de la tumeur qui présentait en arrière des irrégularités presque crétacées.

A un examen ultérieur, il m'a semblé que tout en ayant diminué peu de volume, elle était distincte de l'utérus. Il est probable que d'ici quelques mois cette femme sera soumise à des examens de maîtres autorisés et que, si la malade réclame une intervention, le bistouri du chirurgien fera savoir quels sont au juste la nature et le siège de la tumeur.

Une objection à l'opportunité de la symphyséotomie pourrait être basée sur le parallèle des deux accouchements : on pourrait s'étonner que lors du premier accouchement une application de forceps ait suffi à extraire un fœtus sensiblement égal comme poids au second enfant, alors qu'en juillet 1892 j'ai dû recourir à la symphyséotomie.

Cette objection, valable pour la dystocie presque immuable d'un rétrécissement osseux du bassin, ne peut guère être soutenue dans

le cas qui nous occupe. N'est-ce pas le propre de toute tumeur de s'hypertrophier à chaque nouvelle gestation, surtout lorsqu'elle est située dans la zone génitale? Et d'ailleurs, en dehors de tout état puerpéral, n'est-il pas ordinaire de voir une tumeur augmenter de volume? Si donc les deux fœtus étaient à peu près de mêmes dimensions, il est vraisemblable — il est certain — que l'espace libre pour le passage du second était moindre que trois ans auparavant pour le passage du premier.

Les tentatives de réduction de la tumeur n'ont sans doute échoué qu'en raison de son volume; je n'ai point été surpris de cette impossibilité en constatant qu'à deux jours d'intervalle, la tumeur semblait s'engager de plus en plus dans l'excavation au lieu de s'effacer et de remonter.

Suis-je intervenu trop tôt à l'aide du forceps ou n'ai-je pas, à l'aide de cet instrument, entraîné la tumeur au-dessous de la tête? Une telle opinion ne pourrait être soutenue; mes premières applications de forceps ont été faites alors que le muscle utérin, s'étant puissamment et fréquemment contracté, semblait renoncer à la lutte et incapable de nouveaux efforts suffisants à triompher de l'obstacle. La meilleure preuve c'est que de 11 h. 1/2 du soir à 3 h. 1/2 du matin les contractions ont été assez fréquentes, mais n'ont nullement fait progresser la tête que j'ai retrouvée à peu près dans la même attitude. Pour donner d'ailleurs une idée de l'engagement de la tumeur, j'ajouterai qu'en écartant les petites lèvres, on apercevait, au moment de la contraction, la paroi vaginale postérieure soulevée par la tumeur.

La symphyséotomie n'eût-elle pas pu ou dû être remplacée pendant la grossesse ou au cours du travail par une autre intervention? *Pendant la grossesse*, n'eût-on pas dû recourir à la provocation de l'accouchement? Ce fut cet avis que j'exprimai à l'entourage lorsque je vis la malade pour la première fois le 13 juillet, et cet avis fut approuvé le 15 juillet par mes honorables consultants. Cet avis fut d'ailleurs suivi immédiatement et avec une rare perfection, puisque la malade entra en travail séance tenante le soir même de la consultation; il est même probable que les douleurs qu'elle éprouvait depuis quelques jours et particulièlièrement dans la journée du vendredi 15 étaient dues à un début de travail. Or, les événements ont montré que le fœtus était déjà trop volumineux pour franchir l'obstacle et il ne pesait cependant

guère que 2 kilog. 900. Je ne sais — et je crois que personne ne peut affirmer — ce qui aurait eu lieu si l'accouchement avait été provoqué quinze jours plus tôt ; peu importe d'ailleurs puisque je n'ai pas eu à me poser cette question.

Fallait-il intervenir au cours de la grossesse par une opération ayant pour but d'enlever la tumeur ? Je ne puis ici que me retrancher derrière l'autorité du Dr Monod qui a vu la malade vers le 5e mois et le jour même de l'accouchement et qui a rejeté toute intervention chirurgicale tant que la femme ne serait pas accouchée.

Pendant le travail, fallait-il recourir à une opération curative en présence des difficultés qui survenaient ? Il est certain que l'ablation ou que les tentatives d'ablation *par le vagin* d'une tumeur dont on ne pouvait préciser ni le siège exact ni la nature eussent été singulièrement audacieuses, sinon imprudentes.

La laparotomie n'eût donné de bons résultats qu'au cas où la tumeur eût été indépendante de l'utérus, comme je l'ai observé dans un cas où mon maître le professeur Pinard enleva ainsi une volumineuse tumeur qui empêchait la descente du fœtus. Il faut dans ces cas commencer l'intervention par l'opération césarienne suivie ou non de l'amputation de l'utérus. Qui pourra soutenir que la gravité de ces interventions, pour une tumeur dont le volume n'est pas trop considérable, est à mettre en parallèle avec celle de la symphyséotomie, surtout lorsqu'il faut opérer en ville, la nuit, déjà fatigué par le labeur de la journée, par des interventions antérieures (deux applications de forceps) et par les préoccupations d'un cas difficile.

Ai-je besoin d'ajouter que la conduite doit différer suivant de multiples circonstances, suivant le degré d'engagement, suivant le volume et la nature de la tumeur et surtout suivant l'état du fœtus ? Car si je n'ai pas eu recours à la *basiotripsie*, c'est que je me trouvais dans des circonstances particulièrement favorables. Cette femme n'avait été touchée que par les deux consultants et par moi ; les tentatives d'applications de forceps avaient été faites par moi et je croyais avoir la certitude de n'avoir point produit de traumatisme grave du côté de la tête fœtale. Il va de soi que si je m'étais trouvé dans des conditions inverses, c'est-à dire avec un fœtus à vitalité compromise, soit par la longueur du travail, soit par un accident du travail tel que le procubitus ou la procidence

du cordon, par des applications de forceps dont je n'aurais pu apprécier l'innocuité, je n'aurais sans doute pas eu recours à la symphyséotomie.

Je dois ajouter que je me trouvais dans des conditions favorables à un autre point de vue : si la situation de ma cliente était modeste, si la pièce dans laquelle j'opérais était petite, en revanche j'avais affaire à une femme fort intelligente, à un entourage appartenant au monde universitaire et comprenant très bien la situation que j'exposai au milieu de la nuit. A minuit, en effet, il n'y avait guère que trois alternatives : ou bien l'expectation ou de nouvelles applications de forceps suivies probablement de basiotripsie, ou bien la symphyséotomie que je montrai comme une opération nouvelle, ou du moins renaissante, et dont j'avouai n'avoir d'autre expérience,— c'était beaucoup en juillet 1892, — que les faits que j'avais eu le rare bonheur d'observer *de près* à la clinique Baudelocque. D'ailleurs la femme, courageuse, demandait à ce qu'on fît le nécessaire pour que son enfant fut extrait vivant.

Conclusions. — Il me semble logique de tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une opération *d'urgence* qui peut être pratiquée avec succès en dehors des Maternités.

2° Elle ne doit pas être réservée aux femmes ayant des viciations osseuses du bassin ou à celles dont les fœtus présentent des dimensions trop considérables par rapport aux dimensions d'un bassin normal.

3° Elle peut être indiquée dans *certains* cas où une tumeur utérine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulée en haut. Elle peut de même être utilisée lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation.

4° Des observations plus nombreuses sont nécessaires pour catégoriser les cas dans lesquels il faudra recourir, soit à l'accouchement prématuré artificiel suivi ou non de symphyséotomie, soit à la symphyséotomie d'emblée, soit à l'ablation de la tumeur par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

Le toucher manuel, pratiqué sous chloroforme, est un procédé d'examen presque nécessaire pour prendre une détermination.

5° Ce qui ressort plus nettement encore de notre observation, c'est que : *a*) l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué avant

8 mois 1/2 de grossesse, eût été insuffisant et n'eût que difficilement ou même n'eût pas permis d'extraire, avec le forceps, un enfant vivant ; *b*) les moyens de contention du bassin après symphyséotomie peuvent être réduits au minimum ; il suffit à la rigueur d'immobiliser les membres inférieurs à l'aide de deux liens placés au-dessous et au-dessus des genoux, et de soulever facilement les malades à l'aide d'un appareil élévatoire. Une seule personne peut ainsi donner tous les soins nécessaires à la femme pendant les suites de couches, sans avoir à chaque instant besoin d'aides pour maintenir la malade soulevée.

II

Professeur QUEIREL (de Marseille).

Un cas de Symphyséotomie.

C. X..., 34 ans, ménagère, Vpare, bonne constitution ; a eu ses dernières règles le 24 mai 1892 ; entre à la Maternité, le 10 mars à 5 h. du matin. Dans ses antécédents nous ne relevons ni rachitisme, ni syphilis, ni tuberculose. Cette femme a eu 4 grossesses antérieures.

Le 1er accouchement a été prématuré, à 7 mois. L'enfant est mort à peine âgé de quelques mois.

Le 2e grossesse a été interrompue par des crises d'éclampsie. Accouchement à 8 mois, forceps, enfant mort-né.

La 3e grossesse arriva à terme. Présentation du siège. Mort du fœtus pendant le dégagement de la tête.

La 4e grossesse arriva aussi à terme ; forceps, l'enfant meurt au bout de quelques instants.

Quant à la grossesse actuelle, elle est largement à terme. La malade a présenté quelques troubles digestifs et de l'œdème des membres inférieurs ; traces d'albumine dans les urines.

Par le palper, l'auscultation et le toucher vaginal, on diagnostique une position transversale gauche du sommet. Température vaginale, 37°,9. La poche des eaux est rompue. Dilatation 7 centim. D'après le dire de l'accoucheuse qui accompagne la femme, la dilatation n'a plus progressé depuis la veille. Par le toucher, il est facile d'arriver sur le promontoire qui fait saillie. Diamètre promonto-sous-pubien 11c. — D. de Baudelocque 18.

En l'absence de M. le professeur Queirel, Mme Moulin, maîtresse sage-femme, fait appeler MM. Beltrami et Serquès, internes du service. Ils tentent une application de forceps au détroit supérieur ; après 2 tentatives infructueuses, la tête ne s'engage pas. La symphyséotomie est décidée.

Soins antiseptiques préliminaires. Chloroforme. M. Beltrami procède à l'opération que nous ne décrirons pas. La symphyse à peine incisée, on constate un écartement de 2 centimètres. Nouvelle application de forceps, facile cette fois ; la tête passe. On entend un craquement et l'écartement, mesuré par M. Serquès, est de 6 centimètres. Après la sortie du fœtus, la plaie protégée, on surveille la délivrance qui se fait naturellement, mais est suivie d'une légère hémorrhagie qu'on arrête par une injection d'eau chaude. Toilette antiseptique; suture, 3 points profonds et 4 superficiels au crin de Florence, pansement à la gaze iodoformée. Bandage de corps bien serré au niveau du bassin. La malade réveillée est portée dans son lit, elle est bien.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ramené à la vie ; mais il succombe après quelques heures. Il pesait 3,500 gr., mesurait 54 centim. ; sexe féminin.

Diam. O.M. = 14 ; — O.F. = 13 ; — B. P. = 10 1/4 ; — S. O. B. 10.

Durant les suites de couches, rien à noter, si ce n'est le 5e jour, une élévation de température 38°,2, coïncidant avec la fluxion laiteuse. Purgatif. Pansement humide sur les seins, température 37°,2, ne bouge plus.

Le 24 mars (14e jour) les points de suture sont enlevés. La plaie est cicatrisée et, malgré notre insistance, la femme sort le 25 ; ni elle ni son mari ne veulent rien entendre. La malade marche et descend les escaliers, puis monte en voiture, sans attendre qu'on l'aide.

Nous avons fait prendre de ses nouvelles, elle est parfaitement bien, pas de pertes, pas de troubles urinaires.

État général satisfaisant.

C'est encore un succès au crédit de la symphyséotomie et qui montre l'innocuité de cette opération pour la mère. *Quant au fœtus, s'il n'avait subi l'application de forceps à deux reprises différentes et avec l'intention des opérateurs de l'amener au dehors, sûrement nous l'aurions eu vivant*. A notre avis on s'effraie encore trop de la nécessité de faire la symphyséotomie.

III

Dr J. TELLIER, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Une opération suivie de mort de la mère. Examen et mensuration du bassin. Succès pour l'enfant, 4 kg. 250, au moment de la naissance.

J'ai eu l'occasion de pratiquer l'année dernière une symphyséotomie qui a été suivie de la mort de la mère deux heures après l'intervention. Voici en quelles circonstances :

N..., Hortense, dévideuse, âgée de 27 ans, née à Lyon, habitant les Avignats (Isère), entre à la clinique obstétricale au milieu du mois de juin 1892.

Antécédents. — Elle ne présente aucun antécédent héréditaire à noter ; elle est la dernière de 9 enfants (1 garçon et 8 filles) qui sont tous morts en bas âge d'affections indéterminées.

Convulsions et maux d'yeux dans l'enfance, pas de traces de scrofules.

Elle n'a marché qu'à 5 ans 1/2, ayant, dit-elle, beaucoup souffert en nourrice, et depuis ne paraît avoir rien présenté de spécial du côté du squelette. Menstruation depuis l'âge de 17 ans, régulière et abondante ; pertes blanches dans les périodes intercalaires.

Pas de grossesse antérieure ; les dernières règles ont fini le 10 septembre 1891.

Examen à l'entrée. — Apparence d'assez bonne santé, malgré la petitesse de la taille, 1m,45.

La marche ne présente rien de particulier ; les extrémités osseuses ne sont pas manifestement augmentées de volume. Pas d'exostoses, à peine peut-on noter une légère exagération de courbure des tibias et des fémurs produisant un genu valgum peu marqué. Rien du côté de la colonne vertébrale, sauf une ensellure lombaire assez marquée. Rien du côté du thorax.

Le ventre est très proéminent. L'utérus, notablement tendu, remonte jusqu'aux fausses côtes. La palpation fait sentir un fœtus en O.I.G.T.

La tête déborde de deux centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Les bruits du cœur sont à gauche, à la hauteur de l'ombilic, notablement en dehors de la ligne médiane.

Au toucher, ramollissement du col qui mesure encore 2 centi-

mètres ; pas de constitution de segment inférieur ; la présentation est élevée. On arrive facilement sur le sacrum qui est droit dans presque toute sa hauteur et paraît présenter dans sa portion supérieure une légère convexité transversale en avant. Légère saillie à l'union des 1re et 2e sacrées ; le promontoire est assez élevé.

La mensuration du promonto-sous-pubien donne 10 cent. 3/4 ; on fait facilement le tour du détroit supérieur et on note une légère asymétrie portant sur la moitié gauche. La mensuration approximative des diamètres sacro-cotyloïdiens donne 7 cent. 1/2 à droite, 7 cent. à gauche ; la symphyse paraît normale.

Diagnostic : Bassin rachitique généralement rétréci, légèrement aplati, rétrécissement canaliculé. Grossesse de 8 mois 3/4 environ.

Étant donné le volume du fœtus (la tête, je le rappelle, débordait de 2 centimètres) et la proximité du terme, on décide de ne pas faire l'accouchement prématuré. M. le professseur Fochier, qui m'avait pour quelques jours abandonné la direction de son service, a cependant vu la malade et approuvé cette conduite. La symphyséotomie était dès lors décidée. On était en droit de croire, avec un bassin de 10 3/4 de Pr.S.P., qu'on obtiendrait par l'intervention un allongement suffisant pour faire passer une tête à terme, bien qu'elle débordât le pourtour du détroit supérieur. Un écartement de 8 centimètres devait nous donner près de 2 centimètres d'allongement; nous verrons, par les mensurations faites sur le bassin sec, que dans l'espèce l'allongement du diamètre antéro-postérieur a été de 20 millimètres.

J'avais vu pratiquer la symphyséotomie par M. le professeur Pinard, au mois de mars 1892, et j'avais été séduit par la simplicité qu'elle présentait entre ses mains. Je la répétai plusieurs fois sur le cadavre, et ces essais me montrèrent que l'hémorrhagie n'était peut-être pas aussi négligeable que je l'avais entendu dire. L'expérience m'a montré que mes craintes pouvaient être au-dessous de la réalité.

Pendant les premiers jours de juillet, cette femme ressentit de petites douleurs qui firent croire plusieurs fois à un début de travail ; mais ce fut seulement le 9 juillet qu'il se déclara nettement.

Douleurs toutes les 10 minutes, assez fortes, régulières ; au toucher, le col complètement effacé est mince, dilaté à 50 centimes. Glaires sanguinolentes. Le soir, dilatation à 1 franc. Ecoulement sanguin assez abondant; les membranes sont épaisses, tomenteuses, mais on n'arrive pas sur le placenta.

10 juillet. Le travail marche lentement; douleurs régulières toutes les 6 à 8 minutes. Dilatation à 2 francs, segment inférieur ramolli. La journée se passe ainsi avec la même lenteur du travail et les douleurs régulières.

A 9 heures du soir, dilatation à 4 centimètres.

Le 11 Juillet. Même caractère des douleurs. Dilatation 4 centimètres, col plus souple.

A 9 heures du soir, dilatation de 5 à 6 cent. Douleurs plus fortes, plus rapprochées, toutes les 4 ou 5 minutes. A minuit, la malade a quelques douleurs expulsives, des envies de pousser; la dilatation atteint 6 à 7 cent. La tête très mobile est en gauche transversale défléchie.

Le 12 Juillet. A 4 h. 3/4 du matin, rupture artificielle de la poche des eaux; il s'écoule au moins 800 gr. de liquide; la tête appuie fortement au détroit supérieur, le cuir chevelu est plissé, on arrive sur une suture presque antéro-postérieure (?)

Opération. — A 5 h. 1/2, anesthésie au chloroforme, avec l'aide de mes amis et anciens collègues d'internat, les Drs Jamin, moniteur à la clinique, et Curtillet, prosecteur à la Faculté, en présence de tous les internes de la Charité.

Diagnostic de la position : La suture sagittale qui pendant tout le travail était restée dans le diamètre transversal, avec présentation du pariétal postérieur, est maintenant *dans le diamètre oblique gauche*, la grande fontanelle au centre, la petite étant inaccessible. On pense d'abord à une droite postérieure. Pour vérifier, on introduit la main dans le vagin; les parties molles sont très résistantes, manquent de souplesse, le cercle vulvaire est rigide; la main est très serrée; on arrive ainsi à droite et en arrière sur la racine du nez, un rebord orbitaire et même sur les narines, c'est presque une variété frontale. *La tête est très dure, complètement ossifiée.*

Incision partant de 2 cent. au-dessus de la symphyse; la vulve est très en avant, regardant en haut; l'incision dévie un peu à droite et en bas, elle a 6 cent. environ; peu de sang. Incision des parties molles qui ont une grande épaisseur.

Incision de l'aponévrose au-dessus des pubis. Introduction d'un doigt en arrière de la symphyse; le doigt très serré, éprouve de grandes difficultés à pratiquer le décollement des parties molles à ce niveau. Une sonde est introduite dans l'urèthre qui est refoulé en

arrière. La section du disque interpubien est faite de haut en bas, d'avant en arrière,au bistouri boutonné, le doigt restant en arrière du pubis. Le ligament triangulaire très résistant, est coupé en sciant avec un solide bistouri de Cooper; les dernières fibres cèdent par traction ; on obtient un écartement de 4 à 5 cent. Déchirure de l'extrémité inférieure de l'incision. A ce moment il se produit une hémorrhagie très abondante : je place rapidement plusieurs pinces hémostatiques sur les points qu'on voit saigner; l'hémorrhagie continue en nappe. Je fais de la compression avec de la gaze iodoformée, puis avec plusieurs éponges qui sont vite imbibées de sang et renouvelées; et je la continue pendant un quart d'heure. L'écoulement persiste un peu moins abondant. Mais on peut alors voir *une artère du volume de la radiale au moins* donner du sang par saccade. Elle est appliquée contre la branche descendante du pubis à droite. J'essaie à plusieurs reprises de la prendre avec une pince hémostatique, mais sans succès; la compression digitale n'amène aucune diminution de l'écoulement sanguin. Je n'ai pas songé sur le moment à employer la rugine pour détacher le périoste et faire une ligature médiate; je n'avais d'ailleurs pas cet instrument.

Pendant ce temps l'hémorrhagie en nappe avait reparu; on emploie le thermocautère; l'hémorrhagie diminue en notable proportion mais ne cesse pas complètement. Tout cela avait demandé trois quarts d'heure.

Je fais alors une application de forceps de Levret, grandes cuillers, avec les lacs ; la prise est à peu près régulière, suivant un diamètre transversal de la tête. Un aide exerce des tractions variant de 30 à 40 kg. au dynamomètre. La tête descend, mais l'écartement est considérable; les cuisses fléchies étant en adduction, les genoux au contact, on a cependant un écartement de 8 centimètres mesuré au compas d'épaisseur. Un aide empoigne le bassin à pleines mains et résiste de toutes ses forces. Nouvelles tractions suivies d'effet. A ce moment, déchirure du périnée, non compris le sphincter et déchirure de la partie supérieure de la vulve, avec hémorragie notable; *l'écartement augmente sensiblement malgré les efforts des aides*; *il a probablement dépassé* 10 *centimètres;* la tête descend, non fléchie. Extraction de l'enfant sans nouvelles difficultés; le cordon bat; après 6 à 8 minutes de soins, la respiration devient normale.

On constate que la déchirure antérieure de la vulve se continue à droite sur l'urèthre et la vessie sur la largeur d'une pièce de deux francs. L'hémostase est encore laborieuse.

Suture de la vessie au fil d'argent. Suture des parties molles fibreuses, trois points perdus avec de la grosse soie qu'on noue, les pubis étant en contact.

Suture des parties molles, fils profonds et superficiels métalliques au niveau de l'incision, après suture à la soie des portions vulvaires et. vaginales déchirées et contusionnées. Pendant ces dernières sutures, la malade fait un mouvement assez brusque ; on entend une espèce de craquement qu'on attribue à la rupture des fils placés sur les parties molles fibreuses au niveau de la symphyse. Sonde à demeure dans l'urèthre.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. Bandage de corps résistant : bandes cousues solidement par-dessus.

Délivrance après les sutures; 3 à 400 gr. de sang sont encore perdus à ce moment.

La malade est placée dans une gouttière de Bonnet.

Anesthésie. — Soixante-dix centimètres cubes de chloroforme ont été employés jusqu'au moment de l'expulsion du fœtus (1 heure 1/4 environ). On a cessé le chloroforme pendant les sutures ; l'opérée n'a senti que les derniers points.

Quand on la met dans son lit (7 heures) elle est très pâle, la pupille est contractée, la peau un peu froide. On la réchauffe avec des linges chauds, on la réveille pendant que deux aides font un bandage roulé des jambes pour refouler le sang de la périphérie.

La malade parle un peu, répond à quelques questions, montre sa langue; on lui demande le nom qu'elle veut donner à son enfant et elle répond distinctement. Quelques minutes après (7 heures 1/2), le pouls faiblit ; il y a tendance à la syncope ; on n'obtient plus de réponse.

Dès le début, on avait élevé les pieds et abaissé la tête, on augmente encore cette position, flagellations, frictions, respiration artificielle pendant une heure 1/2. Inhalations d'oxygène, excitations cutanées de toute nature.

Le pouls passe par des alternatives de force et de faiblesse, les mouvements respiratoires sont de plus en plus espacés, on fait une injection de sérum artificiel à 6 0/00 dans le tissu cellulaire de la région du sein droit (800 gr. environ qui paraissent rapidement

absorbés). A 8 heures 1/2 le pouls s'est un peu relevé, mais les mouvements respiratoires sont régulièrement espacés de dix en dix secondes. Mort à 9 heures du matin.

Examen de l'enfant. — Gros garçon de 4 kil. 250 gr.; la tête est dure et complètement ossifiée; le pariétal gauche chevauche sur l'occipital, l'occipital sur le pariétal droit.

Longueur des diamètres :

S. O. B. .... = 10 centim.
Bi-pariétal .... = 10,8
Occipito-frontal .... = 12
Sincipito-mentonnier = 14 cent.

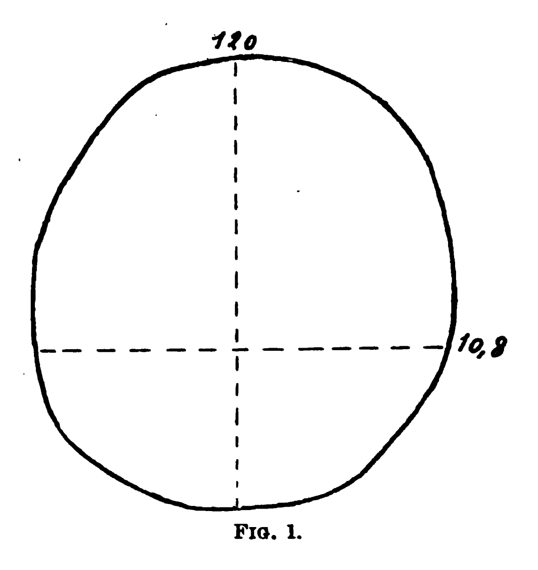


Fig. 1.

La circonférence occipito-frontale, prise au cirtomètre 3 heures après la naissance, mesurait 37 centimètres. La fig. I est une réduction de moitié, très exacte, de cette circonférence.

Aux dernières nouvelles (mars 1893) l'enfant était bien portant.

Autopsie, 25 heures après la mort. — Rien de particulier du côté de l'utérus. La déchirure de l'urèthre et de la vessie a bien les dimensions constatées au moment de l'opération.

Du côté du bassin, on note une distension assez marquée des

articulations sacro-iliaques avec arrachement de quelques fibres ligamenteuses en arrière.

Le corps n'étant pas réclamé, le bassin a été disséqué les jours suivants; on n'a rien noté du côté des ligaments sacro-iliaques en arrière, ni au niveau des articulations coxo-fémorales.

Examen du bassin sec. — J'ai l'honneur de présenter au Congrès le bassin de cette femme.

On est de suite frappé par le raccourcissement du diamètre du détroit supérieur, par la projection en avant du sacrum, la saillie très marquée des épines iliaques en arrière.

Le sacrum mesure un peu plus de 10 cent.; il est presque absolument plan dans les 4/5 inférieurs, et dans le 1/5 supérieur, légèrement convexe en avant dans tous les sens. Les modifications des ailes iliaques sont classiques.

Mon ami, M. Genoud, interne des hôpitaux, a bien voulu faire pour moi quelques photographies qui sont jointes à ce travail. Elles sont une réduction de moitié, mathématiquement exacte, des dimensions du bassin sec. L'une d'elles représente le bassin à l'état normal; les autres montrent ce que devient le détroit supérieur après l'écartement de la symphyse de six, huit et même dix centimètres, étant donné que pendant notre intervention les pubis ont été, malgré nous, séparés par une distance peut-être supérieure.

Nous avons fait le décalque de chacune de ces figures et nous avons mesuré, très exactement à un millimètre près, les diamètres suivants :

Diamètre antéro-postérieur,
— transverse maximum,
— transverse médian,
— oblique gauche,
— oblique droit.

En ce qui concerne les obliques, à l'exemple de notre maître, M. le professeur Fochier, nous avons choisi non pas l'oblique anatomique qui va de la symphyse sacro-iliaque à l'éminence iléo-pectinée, mais un diamètre oblique obstétrical qui part d'une articulation sacro-iliaque et coupe le sacro-pubien en son milieu, c'est-à-dire un diamètre utilisable après écartement des pubis.

Nous avons réuni les mensurations que nous avons obtenues sous la forme du tableau synoptique ci-joint. La lecture de ce tableau démontre entre autres que l'augmentation maxima s'est

Tableau synoptique des mensurations du bassin avec et sans écartement des pubis.

DÉSIGNATION DES DIAMÈTRES	FIG. I. — BASSIN AVANT LA DISJONCTION DE LA SYMPHYSE	FIG. II — 6 CENTIMÈTRES D'ÉCARTEMENT		FIG. III — 8 CENTIMÈTRES D'ÉCARTEMENT		FIG. IV — 10 CENTIMÈTRES D'ÉCARTEMENT	
		NOUVEAUX DIAMÈTRES	AUGMENTATION SUR LES DIAMÈTRES DE LA FIG. I	NOUVEAUX DIAMÈTRES	AUGMENTATION SUR CEUX DE LA FIG. I	NOUVEAUX DIAMÈTRES	AUGMENTATION SUR CEUX DE LA FIG. I
Sacro-pubien	100^{mm}	118^{mm}	18^{mm}	120^{mm}	20^{mm}	124^{mm}	24^{mm}
Transverse maximum.............	124 »	145 »	21 »	154 »	30 »	162 »	38 »
Transverse médian..............	119 »	142 »	23 »	149 »	30 »	159 »	40 »
Oblique gauche..................	112 »	126 »	14 »	134 »	22 »	140 »	28 »
Oblique droit....................	108 »	128 »	20 »	129 »	21 »	136 »	28 »

produite au niveau des diamètres transverses, comme l'enseigne M. Fochier. Nous y reviendrons.

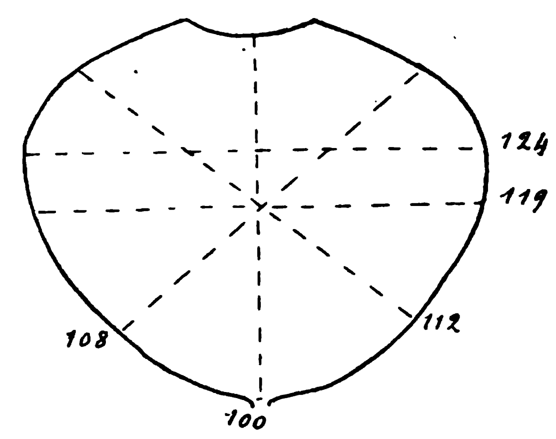


Fig. 2. — Bassin avant l'écartement de la symphyse pubienne.

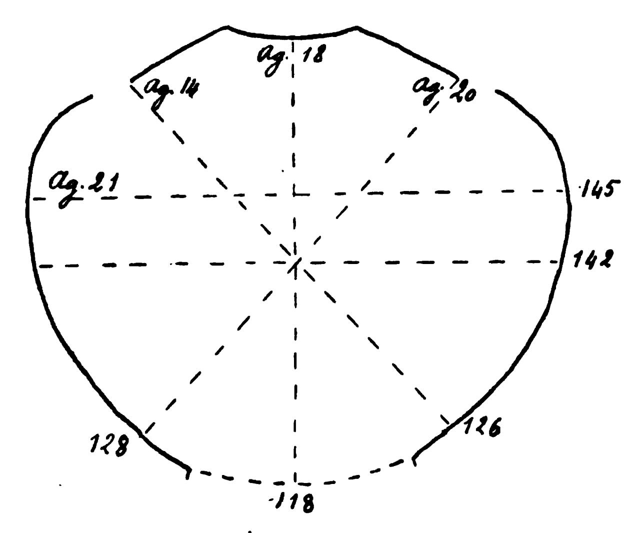


Fig. 3. — Écartement de 6 centimètres.

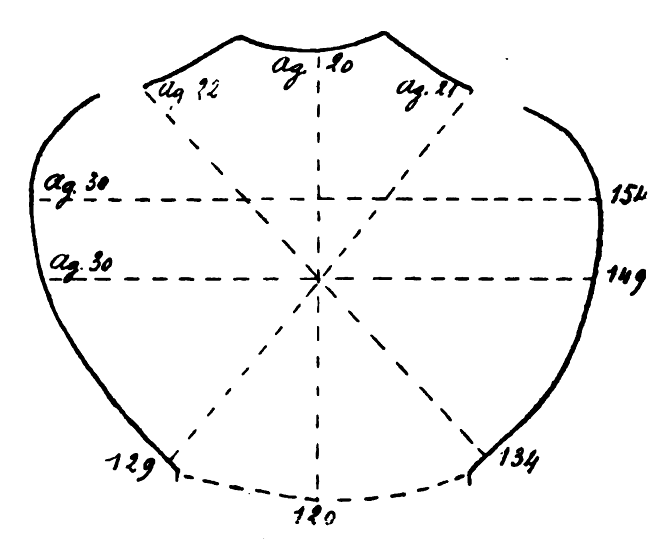


Fig. 4. — Écartement de 8 centimètres.

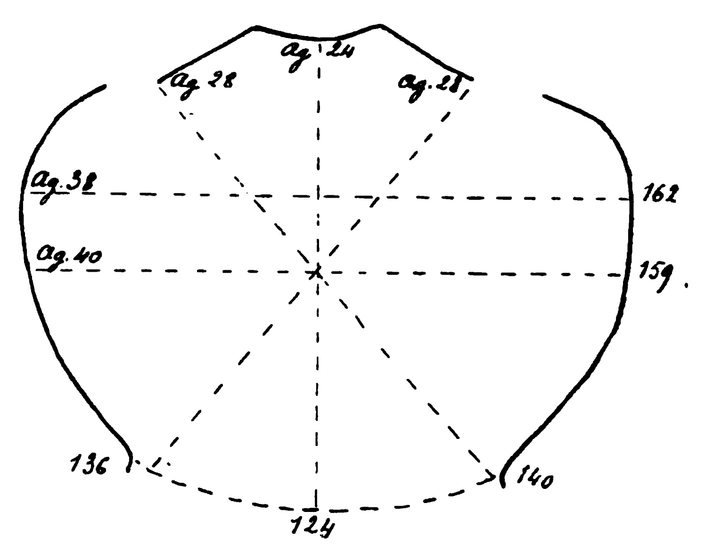


Fig. 5. — Écartement de 10 centimètres.

Nous pouvons maintenant tirer de cette observation les réflexions et les enseignements qu'elle comporte. Nous devons d'abord nous demander à quoi il faut attribuer la mort de notre malade. Il faut incriminer :

1° *L'hémorrhagie.* La quantité de sang qui a été perdue pendant l'intervention peut être évaluée à 600 gr. environ; pendant l'application du forceps et au moment de la délivrance 400 à 500 gr. de sang se sont encore écoulés. L'hémostase a été très laborieuse; elle n'a pu être complète qu'à la fin de l'opération; peut-être aurions-nous été maîtres un peu plus tôt de l'hémorrhagie artérielle en détachant le périoste de la face postérieure du pubis, mais d'autre part, l'écoulement en nappe persistant ne pouvait pas relever de cette méthode de traitement.

2° *La longueur de l'opération*, due en grande partie aux difficultés de l'hémostase et à la nécessité de réparer les déchirures du périnée, de la vulve et de la vessie. Quoiqu'on ait cessé l'administration du chloroforme au moment où l'on a commencé les sutures, il n'en est pas moins vrai que l'anesthésie a duré 1 h. 1/4, qu'on a dû ne pas réveiller la malade pendant les sutures, et que 70 cent. cubes, c'est-à-dire un peu plus de 100 gr. de chloroforme ont été sinon absorbés, du moins employés. Il est certain pour moi que l'anesthésie à l'éther aurait eu, toutes choses égales d'ailleurs, des suites moins graves. Étant donné ce que l'on sait aujourd'hui des avantages de l'anesthésie mixte, j'aurais dû, en présence de l'hémorrhagie et de l'impossibilité de l'arrêter, faire cesser l'emploi du chloroforme et le remplacer par l'administration de l'éther. J'ai eu depuis plusieurs fois l'occasion de juger des bienfaits de cette méthode; je regrette et je m'accuse de ne pas l'avoir employée.

3° *Le shok traumatique,* conséquence de l'hémorrhagie et de la longueur de l'anesthésie, peut être aussi de la déchirure de la vessie. J'ajoute que la malade était, au moment de l'intervention, un peu surmenée par deux journées de fortes douleurs, et à ce point de vue, je ne suis pas éloigné de croire que l'accouchement provoqué et mené rapidement grâce à l'emploi des ballons de Champetier, mettrait les parturientes dans de meilleures conditions de résistance que le travail normal, surtout chez les primipares; bien entendu, je ne parle que des cas où la symphyséotomie s'impose d'emblée, où l'expectation est contre-indiquée.

En résumé, il n'est pas toujours vrai de dire que la symphyséotomie est une opération où l'hémorrhagie est négligeable. J'ai été témoi d'une autre opération pratiquée par M. Fochier où l'écoulement du sang aurait pu être dangereux entre des mains moins expérimentées. A priori, d'ailleurs, il semble qu'il est facile de le prévoir ; du fait de la gestation, il se passe dans la zone des organes génitaux de la femme de profondes modifications physiologiques qui portent aussi bien sur le système vasculaire que sur les autres systèmes ; les tissus veineux, les artères subissent un accroissement notable, ce qui explique la présence de volumineuses artères comme celle que nous avons rencontrée à la face postérieure du bassin. Certes, l'hémostase n'est pas impossible ; il faut dire cependant qu'elle peut donner lieu à des difficultés.

J'ai pratiqué la symphyséotomie à l'hôpital dans un service de clinique, assisté par des aides expérimentés, et l'intervention n'a pas marché sans encombre. Est-il encore toujours vrai de dire que cette opération peut être pratiquée par tous les médecins, en ville et à la campagne ? que la crâniotomie et la basiotripsie ont vécu et doivent être rayées du cadre des opérations obstétricales ? Certes, il est douloureux et répugnant de tuer un enfant : j'estime cependant qu'il est des cas où l'embryotomie sera moins dangereuse pour la mère que la symphyséotomie ; on peut se trouver aux prises avec des difficultés, qui peuvent amener des désastres qu'on n'est pas toujours sûr de pouvoir éviter à l'hôpital ; que fera le médecin qui se sera lancé dans une intervention de ce genre, mal aidé, avec un arsenal d'instruments le plus souvent réduit au strict nécessaire. Les succès que nous sommes heureux de voir obtenir par les maîtres de l'obstétrique ne doivent peut-être pas nous faire passer ces réflexions sous silence ; elles ne sont pas dans notre esprit un argument contre la symphyséotomie, dont nous nous déclarons le partisan convaincu, mais contre la possibilité de sa généralisation.

Quelques mots maintenant sur l'allongement que donne la symphyséotomie pour les différents diamètres. L'examen du tableau que nous avons dressé montre que, sur le bassin que nous avons à étudier, l'écartement des symphyses a produit une augmentation assez marquée de tous les diamètres, mais qu'elle a été plus sensible pour les diamètres transverses. Cette constatation confirme les idées que professe M. Fochier sur les résultats de la sym-

physéotomie au point de vue qui nous occupe actuellement.

On s'était jusqu'ici surtout préoccupé de l'allongement du diamètre antéro-postérieur ; or de tous les diamètres c'est celui dont l'augmentation est le plus faible. Si dans les bassins aplatis au-dessus d'un certain raccourcissement du diamètre sacro-pubien, on peut ne s'occuper que de ce seul diamètre, le transverse étant ordinairement un peu augmenté de longueur, il n'en est plus de même dans les bassins généralement rétrécis. C'est dans ces formes de bassins que la symphyséotomie est le plus utile, et appelée à rendre le plus de services, à fortiori s'il s'agit d'un rétrécissement canaliculé. Il faut donc, en ce qui concerne les indications de cette opération, ajouter à la notion du degré du rétrécissement, la notion plus importante à connaître de la forme du bassin.

Je n'insiste pas sur ces idées qui sont le fruit de l'enseignement de M. Fochier et qui lui appartiennent. Je ferai remarquer cependant que si j'avais eu connaissance de cette notion au moment où j'ai pratiqué la symphyséotomie dont je viens de raconter l'histoire, ma conduite aurait pu être différente pendant l'extraction du fœtus. Au lieu de faire tirer seulement sur les lacs pour laisser la tête libre d'évoluer suivant les résistances qu'elle rencontre, j'aurais essayé de faire une prise oblique de la tête, et de la placer à l'aide du forceps dans le diamètre transversal. Sur la figure II (écartement de six centimètres), si l'on applique la circonférence de la tête (fig. VI) dans le diamètre oblique gauche, on voit qu'elle touche les parois du bassin (je rappelle que c'est le contour du bassin non revêtu de ses parties molles). Si on l'applique dans le diamètre transverse, elle reste presque partout à distance du tracé du détroit supérieur. Le fait est plus visible encore sur la fig. III.

En essayant de faire passer transversalement la tête, il est probable qu'on aurait évité l'écartement considérable qui s'est produit pendant la descente, et peut-être aussi les déchirures si étendues des parties molles, en particulier de la vessie.

Il n'est pas toutefois certain que la déchirure antérieure de la vulve et celle de l'urèthre et de la vessie qui lui faisait suite, soit due à l'écartement trop grand des pubis. Si cette interprétation était la vraie, il semble à priori que la déchirure de la vessie eût dû se trouver sur sa face antérieure, celle qui est directement en contact avec la symphyse pubienne et lui est adhérente, et par suite est vraisemblablemsnt la plus tiraillée quand l'écartement

dépasse les limites prévues et permises. Or, la déchirure siégeait sur la face postéro-inférieure. Il est plus probable qu'elle est la suite et la conséquence de la déchirure de la vulve, qui a joué par rapport à elle le rôle du coup de ciseaux du commis en étoffe, suivant la comparaison classique en obstétrique.

Quant à celle-ci, elle a été le résultat, soit de la disproportion qui existait entre le cercle vulvaire et le volume de la tête, soit plutôt, comme le pense M. Fochier, de la disparition du soutien squelettique de la région supérieure de la vulve par suite de l'écartement des pubis et du refoulement en haut de cette portion vulvaire au moment du dégagement de la tête. M. Fochier pense qu'il faut se résoudre de bonne heure à la périnéotomie pendant le dégagement après symphyséotomie, afin d'annihiler le rôle et l'action du périnée.

Nous n'insistons pas sur la largeur de l'écartement qui s'est produit pendant l'extraction ; il y aurait là matière à réflexions qui ne pourraient que confirmer les idées de M. Pinard sur les dangers de l'écartement des pubis au moyen de la tête saisie par le forceps.

Mais cette observation est déjà trop longue, et nous devons laissser de côté quelques-uns des enseignements qu'elle comporte.

IV

M. Varnier

Réflexions sur l'observation de Tellier.

Messieurs, en imposant à mon amitié la mission de vous lire l'observation précédente, mon ami Tellier n'a pas voulu me lier les mains. Il m'a laissé libre d'ajouter mes réflexions aux siennes.

Il y a deux points qu'il importe d'élucider dans l'observation de Tellier :

1° La source de l'hémorrhagie et ce qui l'a rendue si considérable ;

2° La cause de l'écartement invraisemblable qui a été produit et qui a entraîné les lésions vulvo-uréthro-vésicales signalées.

Tout le reste, en effet, la longue durée de l'opération, de l'anesthésie, le shok, est la conséquence de ces deux gros accidents qu'une technique opératoire bien réglée doit faire éviter. La Médecine opératoire rend possibles, sur des régions singulièrement plus dangereuses que celle de la symphyse pubienne des opérations d'ur-

gence autrement complexes que la symphyséotomie. Son but, sa raison d'être est de signaler les écueils qui se dressent à droite et à gauche de la route à suivre et contre lesquels on se brise fatalement si on ne les côtoie pas à distance respectueuse.

Entre-t-il donc dans le programme de la symphyséotomie d'intéresser *une artère du volume de la radiale au moins*, appliquée contre la branche descendante du pubis à droite, courant à la face postérieure de cette branche pubienne et qui ressemble *fort à la honteuse interne?* Je dis à la honteuse interne, car une déchirure ou une section d'une des racines du clitoris avec sa petite artère au centre n'eût pas échappé à l'autopsie. Il est regrettable que la dissection de la région n'ait pas montré quelle était cette *artère du volume de la radiale au moins*, si cette artère est dans le champ opératoire ou à côté, si, en un mot, elle peut et doit être évitée dans la section pubienne ou bien si elle est là menaçante, dans tous les cas, accessible, aisément accessible au couteau de l'opérateur, ce que nous contestons.

D'autre part et en admettant que cet accident se produise, quelle conduite tenir ?

De deux choses l'une, et on ne peut pas sortir de là, *ou bien c'est l'hémorrhagie artérielle qui est considérable* et il faut, toutes affaires cessantes (ceci est de la chirurgie générale), l'arrêter par compression digitale d'abord, par ligature ensuite ; voyez-vous d'ici pendant 3/4 d'heure saigner une artère du volume de la radiale au moins ?

Ou bien, comme le dit Tellier, c'est l'hémorrhagie en nappe qui domine. Celle-là n'est dangereuse que par sa longue durée. Or elle cesse aussitôt l'extraction du fœtus et le rapprochement des pubis. Sans donc perdre trois quarts d'heure à réaliser l'hémostase, il faut marcher de l'avant et terminer dans le plus bref délai.

2° L'autre point qui doit nous arrêter est l'écartement énorme, l'écartellement je dirais volontiers, des os iliaques.

Pourquoi plus de 10 centimètres, alors que, en estimant le bipariétal au chiffre le plus fort qu'on puisse rencontrer, il suffisait, pour lui ouvrir largement le promonto-pubien ou mieux les sacro-pubiens d'un écartement de 5 à 6 centimètres.

Sur un bassin de 10, en effet, un écartement de 5 cent. permet d'inscrire un sphéroïde de 114 millim. de diamètre.

6c donnent........................ 118
et 7c.............................. 121

Voyez les chiffres mêmes de Tellier et comparez-les au tableau dressé par Farabeuf.

Mais le diamètre antéro-postérieur minimum n'est pas ici le promonto-pubien. C'est avec un diamètre allant de l'articulation de la 1re et de la 2e sacrée au pubis qu'il faut compter. Ce diamètre mesure 93mm. Or les calculs et les essais faits par Farabeuf sur le bassin de Tellier avec une tête en plâtre, modelée d'après les mensurations fœtales, montrent qu'avec 60mm d'écartement pubien un bipariétal de 112mm peut passer et qu'avec 80mm passerait l'occipito-frontal de 119mm.

C'est ce dont vous pouvez vous assurer en essayant de faire passer dans le bassin en question, que je vous présente, cette tête en plâtre, qui a le désavantage d'être *irréductible*.

Alors pourquoi plus de 10 centimètres?

Est-ce un accident inévitable, indépendant de la technique suivie?

Est-ce au contraire le résultat d'une techniqne défectueuse?

La réponse n'est pas douteuse.

Mon ami Tellier dit quelque part qu'il a appris la symphyséotomie chez Pinard. S'il avait suivi rigoureusement la technique de Pinard, je crois qu'il n'eût pas eu plus de 6 à 7 centimètres d'écartement et voici pourquoi :

Il aurait calculé et produit avant l'intervention l'écartement nécessaire;

Il eût, pour l'extraction, employé le forceps de Tarnier et non le Levret muni de lacs qui tirent beaucoup trop en avant.

Il eût saisi et engagé la tête en transversale et non en oblique ou en occipito-pubienne.......

Bref, je crois qu'au lieu d'entraîner la tête en bas vers le coccyx, à travers l'aire agrandie du détroit supérieur, il l'a trop tirée en avant et finalement engagée entre les pubis, au point d'en extérioriser tout un hémisphère hors du bassin.

V

M. Maygrier

Symphyséotomie dans un cas de fibrome pelvien (1).

M. Maygrier rapporte l'observation d'une femme en travail chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie pour une tumeur

(1) D'après le *Progrès médical* du 15 avril 1893.

attenante à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérant en partie l'excavation. Cette femme a été amenée à l'hôpital de la Pitié, alors qu'elle était en travail depuis la veille et en période d'expulsion depuis plusieurs heures, n'ayant reçu aucun soin antiseptique en ville. Les membranes étaient rompues et le liquide amniotique était teinté de méconium. Cependant l'enfant vivait et les battements de son cœur étaient très réguliers ; il se présentait par le sommet, ainsi qu'on pouvait s'en rendre compte par le toucher qui permettait de sentir la tête engagée et coiffée d'une bosse séro-sanguine, mais retenue au-dessus de la tumeur. Cette tumeur, qui avait une consistance dure et élastique, et presque le volume du poing, ne permettait pas l'introduction de plus de deux doigts entre elle et les parois du bassin : le rétrécissement était donc considérable.

L'opération césarienne était contre-indiquée par la longue durée du travail. La basiotripsie pouvait présenter de grandes difficultés dans une excavation aussi étroite. M. Maygrier se décida à faire la symphyséotomie dans l'espoir d'agrandir suffisamment le bassin pour pouvoir extraire avec le forceps un enfant vivant.

L'opération ne présenta aucune particularité notable. Mais malgré plusieurs applications de forceps et un écartement de la symphyse qui alla jusqu'à six centimètres, la tête ne put être extraite. Pendant ces tentatives, il se produisit une procidence de la main et du cordon. Il fallut recourir à la basiotripsie qui n'offrit pas de difficultés. Au moment du passage de la tête broyée, la symphyse s'écarta de cinq centimètres.

Après la suture de la plaie opératoire et le pansement, le bassin fut maintenu à l'aide d'une attelle plâtrée par-dessus laquelle on appliqua les jours suivants une bande d'Esmarch, pour plus de sûreté.

Au cours de l'intervention, avant de pratiquer la basiotripsie, on s'était aperçu que la paroi antérieure du vagin s'était déchirée sur une longueur de cinq centimètres environ. La lésion correspondait exactement au bord postérieur du pubis du côté droit, contre l'arête saillante duquel le vagin avait été fortement comprimé pendant les applications de forceps. Après l'opération, cette plaie vaginale fut suturée avec cinq fils de soie.

Les suites de couches furent d'abord incidentées par un frisson,

des vomissements et une légère élévation de température ; puis tout parut rentrer dans l'ordre. La plaie se cicatrisa rapidement et les fils furent enlevés le dixième jour. Les lochies ne présentèrent rien d'anormal ; le ventre resta indolore. Mais le douzième jour, le membre inférieur gauche devint le siège évident d'une phlegmatia ; la température s'éleva jusqu'à 39°,2. Le membre était légèrement tuméfié, un peu douloureux et le genou renfermait une petite quantité de liquide. Tout s'apaisa d'ailleurs assez vite. Le 17e jour, la température était retombée à 37°. La malade allait bien, mangeait avec appétit et semblait devoir en être quitte pour un séjour prolongé au lit, lorsque le vingt-unième jour, à une heure de l'après-midi, elle fut prise, au moment où on la soulevait pour lui donner une injection, d'une crise de dyspnée aiguë, avec douleur rétro-sternale. Cette crise dura à peine dix minutes pendant lesquelles la face bleuit et la dyspnée alla en augmentant ; elle se termina brusquement par la mort, malgré les soins empressés de l'assistance.

L'autopsie révéla l'existence d'un caillot volumineux dans la branche droite de l'artère pulmonaire. La mort a bien été le résultat d'une embolie pulmonaire consécutive à la phlébite de la jambe gauche.

La tumeur de l'excavation était un fibrome du périoste implanté sur la face postérieure du pubis gauche, et recouvrait toute la face interne du trou obturateur ; elle débordait notablement dans le vagin, mais elle avait subi depuis l'accouchement une régression considérable. Enfin, la symphyse présentait ceci de particulier, que les pubis n'étaient nullement réunis ; aucun tissu fibreux n'était interposé entre eux ; ils étaient séparés l'un de l'autre par un espace vide de deux centimètres et demi.

M. Maygrier fait remarquer la rareté de la symphyséotomie pratiquée dans de pareilles circonstances. Il n'a pu trouver dans la science qu'une observation de Novi, qui date de 1881 et dans laquelle l'opération fut faite pour une tumeur qui occupait le côté droit du bassin. Il serait intéressant d'étudier d'une façon précise les indications de la symphyséotomie dans le cas d'obstruction de l'excavation par des tumeurs pelviennes.

VI

M. Budin

Un cas de symphyséotomie (1).

M. Budin rapporte une observation de symphyséotomie qui lui semble présenter quelque intérêt, car elle montre dans quel embarras peut se trouver parfois l'accoucheur obligé de prendre une décision. Le 28 février dernier, dans la matinée, une femme primipare, qui s'était présentée à l'Hôtel-Dieu, fut envoyée chez une sage-femme agréée. Celle-ci, à 3 heures de l'après-midi, voyant que le travail n'avançait pas, pratiqua la rupture artificielle des membranes. Le soir, à 7 heures, les choses restant dans le même état, elle reconduisit la parturiente à l'Hôtel-Dieu, d'où on l'envoya à la Charité. Appelé par le téléphone, M. Budin trouva, à 8 heures et demi, une femme petite (1^m, 42), constituant un type de rachitique ; le promonto-sous-pubien mesurait 9 centimètres et tous les diamètres du détroit supérieur étaient plus petits qu'à l'état normal. Il y avait donc un bassin généralement rétréci. L'enfant se présentait par le sommet; la tête mobile au détroit supérieur n'avait aucune tendance à s'engager; elle était en position O.I.D.A, presque en O.P. L'existence de l'enfant paraissait très compromise. Depuis plusieurs heures il perdait son méconium ; quant aux battements du cœur, irréguliers par périodes, ils étaient réguliers dans d'autres, mais demeuraient alors ralentis et ne dépassaient pas le chiffre de 90 ou 100 par minute. On crut à l'existence d'une hémorrhagie méningée. La dilatation de l'orifice utérin n'étant pas complète, on résolut d'attendre pendant une heure au moins.

L'état moral de la mère était le suivant : elle avait peur, grand'peur de mourir, elle suppliait qu'on la sauvât. Quant à son enfant, elle n'en parlait point et lorsqu'on insista pour savoir si elle tenait beaucoup à son existence, elle laissa voir qu'elle tenait surtout à la sienne propre. Quant à l'opérateur, quelle conduite allait-il tenir ? Il fallait terminer l'accouchement, c'était certain, mais comment ? Avec le forceps ? l'insuccès était très probable, pour ne pas dire certain. Tenter la version dans un bassin généralement rétréci ? l'insuccès paraissait également certain. Fallait-

(1) D'après le *Progrès médical* du 15 avril 1893.

il recourir à la symphyséotomie? l'enfant était très compromis, mais si, en février 1893, à Paris, on pratiquait la perforation du crâne sans avoir recouru à la symphyséotomie, on pouvait se voir reprocher de porter le perforateur dans le cerveau d'un enfant encore vivant et peut-être viable; si, au contraire, on faisait la symphyséotomie, on pouvait encourir le reproche de pratiquer cette opération pour un enfant destiné très probablement à mourir.

La mère n'avait pas de fièvre, mais plusieurs sages-femmes avaient pratiqué chez elle le toucher à diverses reprises. Ce qu'elle voulait, c'était ne pas mourir, son enfant lui importait peu. Or, au point de vue maternel, on ne saurait établir aucune comparaison entre la bénignité de la basiotripsie et les risques que la symphyséotomie fait courir à la femme. M. Budin était donc très perplexe. Il fit une application de forceps directe sur la tête qui se trouvait presque en O.P. La tête, *malgré deux tractions très fortes*, ne s'engagea pas. Ne pouvant se résoudre à l'embryotomie, il fit la symphyséotomie. L'opération fut très simple; cependant les plexus pré-vésicaux donnèrent lieu à un écoulement sanguin en nappe très abondant. Un aide fit la compression avec de la tarlatane trempée dans du sublimé et, sans attendre, on fit, au moment d'une contraction, des tractions sur le forceps qui avait été laissé en place.

L'enfant, du poids de 3 kilos, fut extrait assez facilement; il était en état de mort apparente. Après 20 minutes de soins : frictions, flagellations, bains chauds, insufflation, etc., il fut ranimé. En réalité, il ne paraissait pas très brillant, ses yeux s'ouvraient difficilement; le lendemain et le surlendemain de sa naissance, il eut des convulsions; il avait en outre de la contracture permanente des membres supérieurs. Le 3e et le 4e jour, il augmenta de poids, mais à partir de ce moment, bien que sa mère eût beaucoup de lait, il commença à décliner; il succomba le 10e jour.

L'autopsie démontra que, comme on l'avait pensé, il y avait une hémorrhagie méningée.

Quant à la mère, les suites de couches furent bonnes, mais à partir du 11e jour elle eut trois poussées successives de galactophorite: deux fois sa température dépassa 38°; elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, elle marchait depuis plusieurs jours, et la réunion de la symphyse pubienne semblait parfaite. Cette

observation nous a paru intéressante, dit M. Budin, car elle montre quelles ont été mes hésitations et dans quelles perplexités d'autres accoucheurs pourraient se trouver. Je n'ai pas réussi à sauver l'enfant. J'ai fait courir à la mère qui ne le demandait pas, beaucoup plus de risques qu'elle n'aurait courus avec la basiotripsie. Je me retrouverais dans un cas analogue, je ne recommencerais pas. « Le fœtus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphyséotomie est une mauvaise opération. » C'est Morisani qui a écrit cette phrase et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, en ce qui concerne les indications de la symphyséotomie, par exemple, on fera bien d'imiter sa réserve et sa sagesse.

Les accoucheurs n'oublieront pas les bons résultats que peuvent donner l'accouchement prématuré, le forceps, la version, et même les contractions utérines seules qui nous ménagent parfois d'agréables surprises.

VII

M. Guéniot

Trois observations de symphyséotomie

M. Guéniot rapporte trois observations de symphyséotomie pratiquées dans son service de la Maternité depuis le mois d'octobre 1892.

L'une de ces observations a été antérieurement publiée (voir n° 31 du tableau). Mère guérie, enfant vivant.

2° *observation*. Femme de 19 ans, primipare. A marché à six ans. Taille 1 mètre 25. Bassin régulièrement rétréci; diamètre promonto-sous-pubien, 85 millimètres.

Présentation du sommet en O.I.D.P.

Le 21 janvier 1893, à midi, la dilatation de l'orifice étant de 6 cent. 1/2, les bords très dilatables, la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur fœtal bons, trois applications de forceps sont faites sans résultat : deux applications directes antéro-postérieures, avec le forceps Tarnier petit modèle, une application oblique avec le forceps Levret.

M. Guéniot introduit alors une sonde dans la vessie, incise les téguments au-dessus du pubis en attirant la peau en haut. L'incision a de 5 à 6 cent. Les aponévroses abdominales sont coupées

sur la ligne médiane; puis le doigt est introduit derrière la symphyse. M. Guéniot, à l'aide d'un bistouri boutonné, pénètre dans l'interstice articulaire, de haut en bas, sans difficulté.

A ce moment les membres inférieurs sont écartés. L'écarteur spécial marque 5 à 6 centimètres. La plaie donne fort peu de sang, la sonde est retirée.

Les tractions sur le forceps obliquement appliqué font descendre la tête dans l'excavation. Le vagin est extrêmement tendu et menace de se rompre; c'est pourquoi le forceps qui a tourné avec la tête est prudemment retiré; après quoi la tête se restitue dans sa position primitive. On ne peut obtenir la rotation que par une application régulière préauriculaire. L'extraction a duré une demi-heure.

Enfant du sexe féminin pesant 2,800 grammes, en état de mort apparente, ranimé au bout de trois quarts d'heure.

La plaie est refermée par cinq points de suture. Pansemen iodoformé. Maintien de la symphyse par le compresseur iliaque.

Suites opératoires bonnes. Le 1er février, on enlève les points de suture; le 6, on enlève le compresseur iliaque. L'opérée se lève le 13.

La mère et l'enfant partent tous deux bien portants le 14. La mère allaite son enfant.

3e *observation*. Femme de 24 ans, tertipare. Première grossesse terminée par un avortement à 4 mois; 2e accouchement à terme, basiotripsie.

Bassin régulièrement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien, 90 millimètres.

Présentation du sommet en O.I.D.P.

Poche des eaux rompue le 19 mars 1893. Début du travail le 22 mars, vers 6 heures du soir. Le 23 mars, à 10 heures du soir, les douleurs sont plus marquées; le col a encore de la longueur mais est perméable. Procidence du bras droit rétropulsé après trois ou quatre tentatives.

A 11 heures du soir, le col est bien dilatable. Application du forceps *avec traction*. Tentative inutile.

Symphyséotomie par le docteur Potocki commencée à 3 h. 30 du matin le 24 mars 1893. Ecartement primitif de 55 millim. puis application du forceps Tarnier. Pendant l'extraction, l'écartement atteint 6 cent., et 63 millim. au passage des épaules.

L'enfant pèse 2,200 grammes. Il est en état de mort apparente et n'a pu être ranimé. *Cordon rompu au ras de l'ombilic.*

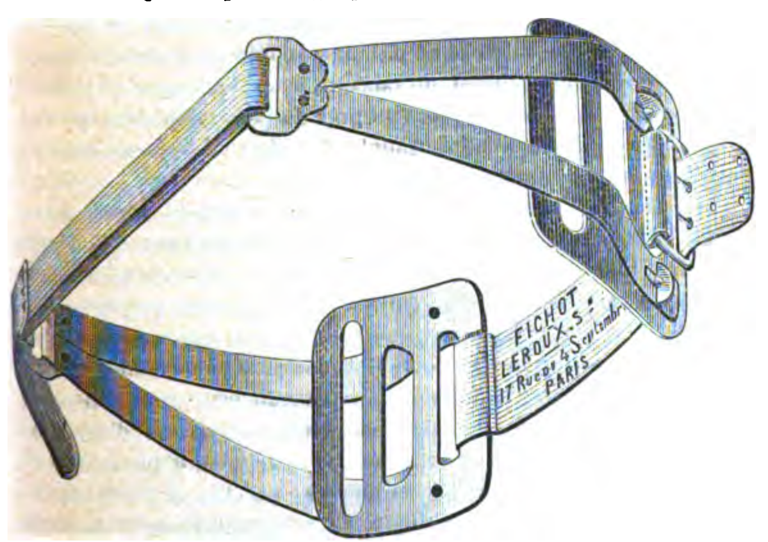
Diamètre bi-pariétal, 8 cent.

La mère ne s'est pas encore levée le 11 avril. Son état est excellent. Les fils ont été enlevés le 8e jour et le compresseur iliaque le 12e jour.

A l'autopsie de l'enfant on a trouvé une hémorrhagie méningée vers les fosses cérébelleuses.

Voilà mes résultats. J'aurais dû faire plus de trois symphyséotomies; mais, dans deux cas, en m'appuyant sur les antécédents des femmes, j'ai cru pouvoir terminer par le forceps. Je m'en repens, car les enfants sont morts.

J'ajouterai quelques mots sur un appareil que j'ai imaginé et que je désigne sous le nom de *compresseur iliaque* pour la contention des pubis après la symphyséotomie.



Compresseur iliaque pour la contention des pubis après la symphyséotomie.

Maintenir fermement rapprochés les os disjoints et favoriser ainsi leur réunion, je viens de le dire, c'est là son but essentiel. Mais il remplit encore deux offices secondaires d'une certaine utilité. En effet, sans rien perdre de son action, il sert à soulever commodément la malade pour l'administration des soins de pro-

preté; de plus, il maintient les couvertures du lit à distance de la plaie, comme le ferait un cerceau.

Dans un cas récent de symphyséotomie, le *compresseur iliaque* m'a paru très supérieur à la gouttière de Bonnet, que j'avais employée précédemment dans une circonstance semblable. Comme simplicité d'usage et puissance d'effet, j'estime qu'il peut rendre aux accoucheurs de réels services. Peut-être même les chirurgiens trouveraient-ils à l'utiliser avec avantage dans le traitement de certaines fractures du thorax ou du bassin.

Cet appareil se compose essentiellement de deux plaques métalliques destinées à s'appliquer, l'une à droite, l'autre à gauche, sur les parties latérales du bassin. Chacune d'elles mesure environ 15 centimètres de long sur 12 de large. Percées de trois fenêtres dans le sens de la longueur (ce qui les allège considérablement), elles sont un peu incurvées sur leurs faces, afin de mieux s'adapter à la convexité des hanches. En arrière, elles se trouvent reliées entre elles par une sangle transversale, que le jeu d'une boucle permet de raccourcir ou d'allonger à volonté. Enfin, de leur face externe, tout près du bord postérieur, part un ressort métallique, à la fois souple et résistant, de forme rubanée et qui se dirige droit en avant.

Ce sont ces deux ressorts (droit et gauche) qui, réunis à leur extrémité antérieure par une courroie, s'infléchissent l'un vers l'autre, juste au degré voulu pour produire, sur les os iliaques, une pression concentrique efficace. Grâce à cette pression bilatérale, que l'on gradue à volonté au moyen de la courroie, les pubis sont maintenus au contact et complètement immobilisés.

Afin de prévenir la douleur que pourrait provoquer l'appareil, on accumule sur les hanches une grande épaisseur d'ouate; on recouvre ensuite celle-ci, à droite et à gauche, d'une plaque de gutta-percha d'environ 16 centimètres sur 12; et c'est sur ces mêmes plaques que l'on applique celles du *compresseur*. Lorsque, par la chaleur du corps, la gutta-percha s'est assouplie elle se moule pour ainsi dire sur les inégalités de la région; et de la sorte, la pression de l'appareil se trouve si favorablement répartie que la patiente n'en éprouve aucune gêne.

Cela fait, la fixation extemporanée d'une portion de bande ou d'un cordon quelconque à chacune des plaques fenêtrées, fournit une prise facile qui permet de soulever commodément le bassin

de la malade. Quant aux couvertures du lit, elles se trouvent naturellement maintenues à distance de la plaie pubienne par l'extrémité antérieure des ressorts et par la courroie qui les unit.

VIII

M. Varnier

De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie.

La renaissance de la symphyséotomie aura eu, entre autres résultats, celui de trancher en faveur du forceps le débat depuis si longtemps pendant entre les partisans de ce dernier et ceux de la version dans les bassins rétrécis.

Ce n'est pas à cette heure, où la combinaison opératoire *symphyséotomie-forceps*, qui pourtant n'en est encore qu'à ses débuts, donne les résultats consignés dans la statistique que je vais vous faire distribuer (sur 76 opérations bien réglées, 73 enfant vivants, et bien vivants; 3 morts, l'un le 3e jour, de la provocation trop prématurée de l'accouchement, un autre le 17e jour, de pneumonie à pneumocoques, un autre, d'un vice de conformation); ce n'est pas, dis-je, à cette heure qu'il est utile d'insister longuement, dans une réunion d'accoucheurs français, élevés dans la préférence du forceps, sur l'élimination définitive de la version du nombre des opérations *d'élection* dans les rétrécissements pelviens.

Que ce soit là un résultat heureux, cela ne nous paraît pas discutable. Je me bornerai à vous citer à ce sujet quelques chiffres qui ont leur éloquence.

La version dans les bassins rétrécis, dans ces mêmes bassins qui ont donné avec la combinaison *symphyséotomie-forceps* bien conduite et dans une année d'apprentissage (j'insiste sur ce point) les résultats que vous connaissez, la version a donné, entre les mains d'un de ses plus chauds défenseurs, de Léopold, qui doit savoir la bien faire puisqu'elle est son opération de choix, une mortalité fœtale *expurgée* de 36 0/0 pour la période 1883 à 1887 sur 70 cas, et de 31,6 0/0 pour la période 1888 à 1892 sur 143 cas.

La pratique de C. Braun, pour la période 1883 à 1887, se solde par près de 30 0/0 (exactement 29,3 0/0) sur 89 cas.

Ce qui fait (c'est la conclusion même de Léopold), pour Vienne et Dresde une mortalité fœtale expurgée de 32,1 0/0 sur 234 obser-

vations, c'est-à-dire, une mortalité fœtale *expurgée* supérieure à celle de la combinaison symphyséotomie-forceps *non expurgée* qui, vous le verrez dans un instant, est exactement de 20 morts sur 92 cas.

Il est bien évident dès lors, que pas un de nous n'ira faire courir demain. de propos délibéré, à un enfant présentant la tête au détroit supérieur rétréci ou pouvant l'y présenter, les risques d'une pareille opération, arrivée sans doute, depuis le temps qu'on la pratique, au minimum de danger qu'elle puisse comporter.

On ne saurait songer, d'autre part, à améliorer ces résultats par la section pubienne pratiquée au cours d'une version commencée et reconnue difficile ou impossible. Le temps de lever l'obstacle par la symphyséotomie, on arriverait trop tard. Tandis qu'au cours d'une extraction tentée par le forceps et reconnue impossible, la section pubienne surajoutée mènera au but, sans que le retard de 10 ou 15 minutes nécessaires pour la pratiquer puisse aggraver la situation du fœtus.

Si j'ai établi ce parallèle, c'est, Messieurs, pour faire ressortir l'importance que garde chez nous et que va prendre partout ailleurs, tout ce qui touche à l'emploi du forceps au détroit supérieur rétréci. C'est à cause de cette importance que je viens ici, au nom de l'école à laquelle j'appartiens, continuer le procès, par nous commencé ailleurs (1), du forceps dans le traitement des viciations pelviennes.

Cette conclusion à de telles prémisses, pourra surprendre ceux qui se souviennent qu'il y a quelque temps encore, nous étions parmi les plus entêtés défenseurs de ce mode d'intervention (2). C'est qu'aussi bien le point de vue a tout à coup changé. La renaissance de la symphyséotomie est en train de bouleverser de fond en comble la thérapeutique des viciations pelviennes.

L'opération césarienne conservatrice à indication relative a été abandonnée par Léopold ; la basiotripsie sur l'enfant vivant par une partie de l'école française. La version donne ce que nous venons

(1) FARABEUF et VARNIER. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*. Pages 452 à 456.

FARABEUF. *Ann. de gynécologie*. Décembre 1892, p. 407 à 414.

(2) G. LEPAGE. *De l'application du forceps au détroit supérieur*. Th. Paris. 1888

de dire. Seul, le forceps tient bon, mais, nous l'espérons du moins, pour peu de temps encore; nous voulons dire comme acte opératoire isolé, car son union avec la symphyséotomie, s'il consent à céder le pas à celle-ci, lui assure au contraire la prépondérance sur tous ses rivaux d'antan.

La question qui se pose, à propos du forceps au détroit supérieur rétréci, est en effet celle-ci :

Doit-il continuer à précéder la symphyséotomie comme agent de démonstration de l'inutilité ou de la nécessité de cette dernière ?

Doit-il, au contraire, lui céder d'emblée le pas et ne venir qu'après elle ?

Nous pensons que c'est à ce dernier rôle qu'il doit se borner et c'est ce que je vais m'efforcer de démontrer.

Je ne m'arrêterai pas longtemps au procès du forceps *dit de force* précédant la symphyséotomie, car déjà plus d'un de nos collègues se frappe, avec nous, la poitrine de ne l'avoir pas abandonné quelques mois plus tôt.

« L'enfant était bien conformé, disait l'un d'eux qui dès longtemps nous est acquis; il devait vivre et s'il a succombé nous n'attribuons qu'une cause à sa mort, la violence même des tractions du forceps avant la symphyséotomie. Ainsi donc le désir trop accentué de montrer l'urgence absolue de la symphyséotomie par la mise en évidence de l'inefficacité du forceps, nous a malheureusement conduit à en compromettre les résultats.

« Ceci prouve, ajoute-t-il, que dans l'application préalable du forceps, on doit se borner à des tractions modérées et qu'il ne faut pas insister quand le degré du rétrécissement est connu.

« Si le résultat de notre opération n'a pas été aussi heureux et aussi complet que possible, la cause unique est dans cette tendance toute naturelle, quoique injustifiée parfois, dans cette crainte même qu'on éprouve de rompre trop brusquement avec les anciennes méthodes. » Et d'un.

Est-il seul ? non pas.

Dans une note qu'il a bien voulu adjoindre au résumé d'un cas également malheureux qu'il nous a communiqué, l'un des doyens de l'école de France écrit :

« La mort de l'enfant est due évidemment à la première application de forceps (avant la symphyséotomie). Les bruits du cœur

fœtal ont diminué de fréquence et d'intensité à partir de cette intervention, mais assez peu, au début, pour qu'on pensât à écarter la symphyséotomie. L'application de forceps préalable avait paru justifiée, au début, étant donné l'âge de la grossesse ; elle a fracturé les deux pariétaux. » Et de deux.

J'en pourrais appeler d'autres en témoignage, car sur les 20 morts fœtales dont je vous entretenais il y a quelques instants (et dont 3 déjà sont éliminées) 9 relèvent, sans discussion possible, de l'application préalable du forceps au détroit supérieur.

Est-ce surprenant ? Non ; nous allons le prouver en nous accusant à notre tour, et nous n'allons pas nous ménager.

J'entends en effet déjà, Messieurs, l'objection qui se prépare : « Personne ici ne veut défendre l'application dite de force au détroit supérieur ».

Mais qu'est-ce donc qu'une *application de force* sinon une application quelconque de forceps au détroit supérieur rétréci ? C'est ici que porte tout le débat.

J'ignore de quelle façon nos collègues ont tiré, quoique je doute qu'ils aient usé de ce que l'on appelait naguère la violence, et que dès longtemps condamnent tous nos maîtres.

Mais je sais très bien comment l'on tirait chez nous, avant la renaissance de la symphyséotomie.

On faisait une application de forceps, très rarement deux, et encore seulement quand la première prise n'avait pas semblé irréprochable. Un seul opérateur tirait, sans appui du pied. Quelle force déployait-il ?

Nous avons M. Pinard et moi fait l'expérience. Lui tirant des deux bras, à genoux, moi tirant des deux bras, assis à terre, les jambes sous le lit, le corps incliné en arrière, et nous n'avons jamais pu dépasser 30 kilogr.

Pour qui, il y a quelques mois, était-ce là de la violence ? Pour personne.

Et pourtant c'en est. Pajot l'a senti et a dit pourquoi. Farabeuf l'a calculée et ses chiffres effrayants sont présents à vos mémoires.

Je vous apporte aujourd'hui la preuve clinique de cette énorme force comprimante et brisante du forceps appliqué au détroit supérieur et tiré, sans violence, nous le croyions du moins. Sa force comprimante était moindre que celle du céphalotribe et, à l'époque

dont je parle, cela nous satisfaisait. Nous oubliions volontiers les morts pour ne nous souvenir que des vivants, et j'avoue que ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons, en faisant nos comptes, considéré notre passif, auquel seul désormais nous voulons penser.

De 1883 à 1889 à la Maternité de Lariboisière et de 1889 à 1893 à la clinique Baudelocque, dans le service de M. Pinard, sur un total de 17,000 accouchements, il a été fait, par lui ou par ses élèves dont il tient à honneur de ne se point séparer, 114 applications de forceps au détroit supérieur rétréci. Si dans ces 114 cas le forceps a été appliqué et maintenu appliqué jusqu'à l'extraction, c'est à coup sûr parce que l'on a cru qu'il pouvait aboutir sans violence ;sinon on aurait fait la basiotripsie d'emblée ou secondairement.

Combien d'enfants morts sur ces 114? — 35.

Dépouillons cette statistique brute :

5 enfants étaient morts ou ne valaient guère mieux avant l'intervention ; 2 sont morts plusieurs jours après de causes indépendantes de l'extraction. Restent donc 28 morts sur 107, c'est-à-dire, et j'y insiste, à Paris, entre des mains habituées à l'emploi du forceps, plus que n'a donné la combinaison symphyséotomie-forceps urbi et orbi (statistique non expurgée).

Sont-ce là, Messieurs, tous les méfaits du forceps? Non. Il y a les blessés : 6 avec enfoncement d'un frontal ou d'un pariétal. Il y a les enfants nés en état de mort apparente, qu'il a fallu de 15 à 40 minutes pour ranimer et qui, nous pouvons bien le dire, ont survécu malgré nous. Mais laissons ces derniers.

Ne retenant que les tués ou blessés, nous arrivons à 34 sur 107. Et je le répète, sans qu'on puisse parler de violence, car dans aucune de ces 114 observations, où le forceps a été appliqué dans des bassins de toutes dimensions pour extraire des enfants de toutes dimensions, on n'a noté de ces lésions qu'ont observées deux de nos collègues qui les attribuent, vous le savez (à tort selon nous), à l'application directe, promonto-pubienne, antéro-postérieure pourtant seule employée par nous.

De ces 114 femmes 2 sont mortes (une en 1884, une en 1888), de septicémie, et à l'autopsie nous n'avons rien trouvé de comparable aux lésions ci-dessus rappelées.

J'ajouterai que chez aucune, *bien que la pression maxima soit*

toujours rétro-pubienne, il n'y a eu de fistules soit vésico-utérines, soit vésico-vaginales, ce qui suffit à démontrer d'une part que nos tractions ont été modérées, d'autre part qu'en les maintenant dans ces limites, que M. Pinard n'a jamais conseillé de dépasser, l'application régulière au détroit supérieur rétréci est sans danger pour la mère.

Aussi bien, si nous sommes décidés à l'abandon du forceps sans symphyséotomie, c'est, non pas pour la mère mais pour l'enfant.

En tournant et retournant nos 107 observations et en particulier celles qui ont eu le résultat que vous connaissez, en nous remémorant ce que nous avait appris le calcul et l'expérimentation, nous sommes arrivés à ces conclusions :

1° Pour préjuger si l'application de forceps qué nous tentons qu'elle réussisse ou non, va ou non compromettre la vie de l'enfant, nous ne pouvons nous appuyer fermement :

Ni sur l'intensité ni sur la durée des tractions;

Ni sur le degré de rétrécissement;

Ni sur ce que nous pouvons savoir du volume du fœtus.

Nous ne savons jamais ce que fera le forceps; nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante. Nous tirons un numéro à la loterie. C'est de l'obstétrique empirique ; ce n'est pas de l'obstétrique positive.

Telle application qui paraît réunir toutes les conditions défavorables sera couronnée de succès; telle autre dans des conditions en apparence favorables tuera le fœtus avant même de lui avoir fait franchir le détroit rétréci.

2° La théorie, je veux dire l'expérimentation, nous a d'ailleurs appris qu'au détroit supérieur nous ne pouvons demander au forceps, dans un bassin rétréci non ouvert, autre chose que cette force réductrice qui le rend si redoutable puisque, quel que soit son mode d'application, fronto-mastoïdien ou bi-pariétal, loin de corriger l'attitude asynclitique de la tête non engagée, il l'exagère fatalement et fait par conséquent tout ce qu'il faut pour empêcher l'accomplissement du mécanisme qu'il avait naguère encore la prétention d'exécuter.

3° et dernière conclusion : Le forceps au détroit supérieur ne sera plus appliqué par nous (l'école de Pinard), dans les bassins viciés, qu'après la symphyséotomie.

Messieurs, nous ne sommes pas les seuls à prendre cette résolu-

tion. Voici ce que dit à ce sujet le doyen des accoucheurs russes, le professeur Krassowski :

« Je tiens pour défendue toute tentative d'extraction avec le forceps, avant la symphyséotomie, parce que de telles tentatives ne peuvent que compromettre le résultat de l'opération. »

« Vrsueché die Extraction des Kindes mit der Zange vor der Symphyseotomie vorzunehmen, halte ich für verboten, weil solche Versuche die darauf folgende grössere Operation zu diskreditiren in stande sind. »

Nous prévoyons une grosse objection :

Par cette manière de faire vous allez multiplier, au delà de toute raison, le nombre des symphyséotomies.

A cela nous répondrons par la statistique de la clinique Baudelocque pour 1892.

Combien mon maître Pinard, dans un service où il se fait 1,800 accouchements par an, service qui a une *forte clientèle* de rétrécissements du bassin, aurait-il dû faire de symphyséotomies pour supprimer de sa pratique non pas seulement le forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés non préalablement ouverts, mais tout ce qui fait partie de l'ancienne méthode de traitement des bassins viciés :

Pas 20 ; pas deux par mois.

C'est-à-dire au total, beaucoup moins d'interventions qu'auparavant pour un résultat supérieur *comme survie fœtale* puisque, aussi bien, la mortalité maternelle est chez lui hors de cause.

M. Pinard n'a fait l'an dernier que 13 symphyséotomies et, il vous le dira, il se repent de n'en avoir pas fait plus.

Car, sur les dix forceps au détroit supérieur que nous avons cru devoir faire au lieu et place de la symphyséotomie et qui nous avaient paru capables d'aboutir sans dommages, nous comptons :

4 enfants morts par fractures du crâne ; voici les têtes de 3 d'entre eux ;

1 enfant blessé (enfoncement d'un pariétal) qui a survécu sans que nous puissions nous en attribuer l'honneur.

1 enfant né en état de mort apparente qu'il a fallu ranimer par une insufflation de 20 minutes et qui, par conséquent, n'a pas été loin de rejoindre les autres.

Soit, sur 10 enfants, 6 tués ou fortement compromis.

Sommes-nous, Messieurs, plus malheureux que d'autres ?

Voici quelques chiffres qui vous prouveront que nous ne sommes pas isolés. Je ne puis parler que des statistiques publiées.

De 1860 à 1870, avec l'ancien forceps et une application qui n'avait rien d'antéro-postérieur il a été fait, dans une grande école d'accouchement qu'il est inutile de citer (1) :

15 forceps au détroit supérieur rétréci (c'est au moins ce qu'accuse la statistique).

3 de ces 15 enfants sont sortis vivants de cette école.

5 ont été extraits morts.

7 sont morts après la naissance, dont 6 dans les 48 heures, et les poids sont là pour démontrer qu'il ne saurait être question de la légendaire faiblesse congénitale. Mais c'est déjà là de l'histoire ancienne et je n'insiste pas. Voici du moderne.

Dans une autre école, depuis l'antisepsie obstétricale, *de fin* 1885 *à fin* 1891, sur 30 forceps à terme dans des bassins viciés, 14 enfants sortis vivants ; 12 mort-nés ou qui n'ont pu être ranimés, 4 morts dans les jours qui ont suivi l'extraction : soit plus de 50 0/0.

En y joignant les forceps avant terme, nous avons en tout, sur 47 cas, 19 morts, soit 1 sur 2 1/2.

Si de France nous passons à l'étranger, où le forceps n'est employé, de parti pris, que dans des cas jugés *tout à fait favorables*: voici ce que nous trouvons :

A la clinique de Prague, pendant ces 10 dernières années, sur 10,000 accouchements il a été fait :

27 forceps au détroit supérieur rétréci.

Voici le résultat : 18 envants vivants dont 9 blessés ;

2 extraits morts ;

7 morts ensuite de l'accouchement, dit l'auteur (2) auquel nous empruntons ces détails, dont 6 par l'opération, soit, ajoute-t-il, 55,5 0/0 d'enfants ayant subi des lésions dont ils se sont plus ou moins bien guéris ou bien auxquelles ils ont succombé. « Parmi les enfants blessés ensuite de l'emploi du forceps il en est mort 40 0/0 ». Sur ces 27 cas, Pawlik a employé 18 fois le forceps de Tarnier, 3 fois le for

(1) Si j'ai cité cette statistique c'est qu'elle est aujourd'hui la seule qui nous permette de juger les résultats de l'application oblique, au détroit supérieur, de l'ancien forceps encore employé par beaucoup de praticiens français.

(2) M. BOURCART. *Contribution à l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis.* Genève 1892.

ceps de Breus, 1 fois le forceps de Simpson, 5 fois un instrument non dénommé. Il va sans dire que dans tous les cas il s'agit d'application oblique, l'application antéro-postérieure étant considérée à Prague comme ne pouvant être réalisée que sur le mannequin.

A l'Institut de Dresde, dans le service de Léopold (1), où le forceps n'est employé, comme à Prague, que là où la version est jugée impossible : sur 19 forceps au détroit supérieur 4 morts et 5 blessés, savoir : enfoncement d'un pariétal, 4 ; fracture du frontal, 1. Là encore il s'agit d'application oblique.

Comme vous, Messieurs, j'ai hâte d'en finir avec ce massacre d'innocents et je passe à la seconde partie de cette étude, je veux dire à *l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, après symphyséotomie.*

Le bassin une fois ouvert, bien ouvert, l'application de forceps perd ses inconvénients (2) pour ne garder que ses avantages. C'est l'intervention de choix. La version ue doit être qu'une opération de nécessité.

S'il en fallait une démonstration, vous la trouveriez dans la statistique que j'ai dressée.

Dans les 12 cas où la version a été pratiquée après symphyséotomie il y a 5 enfants morts dont 1 seulement de causes indépendantes de l'extraction; cette mortalité considérable n'est pas pour nous surprendre.

Tandis que l'intervention finale peut se résumer ainsi pour le forceps : « forceps, extraction facile », on va voir ce qui s'est passé dans un cas heureux de version après symphyséotomie, celui de Garrigues. Immédiatement après la rupture des membranes — je traduis textuellement — « je poussai ma main le long de la face du fœtus, je saisis les deux pieds à la fois et les attirai en bas; mais la tête ne remontant pas, je plaçai un lacs autour de la cheville de l'un d'eux dans le vagin et l'attirai au dehors, après quoi j'amenai l'autre jambe.

« Les bras furent aisément extraits, mais la tête offrit une résistance considérable à l'extraction. Le cordon faisait un double circulaire autour du cou ; il fut dégagé et on fit passer le corps au travers. Je dus introduire *l'index et le médius dans la bouche de*

(1) MUNCHMEYER. Ueber die Entbindungen mittels der Zange an der königl. Frauenklinik in Dresden. *Arch. f. gynäk.*, t. 36, H. 1, p. 19. Berlin 1889.

(2) FARABEUF et VARNIER *Loc. cit.*

l'enfant, et, bien que de cette façon j'obtinsse la flexion complète, je dus tirer de toutes mes forces sur les épaules de l'enfant, mais sans succès. J'employai alors la *méthode de Prague*, c'est-à-dire que je saisis les deux pieds et que je les portai brusquement et énergiquement en haut sur le ventre de la mère, mais sans résultat.

« *Je revins donc à la méthode de Smellie ;* et pendant que le méconium s'écoulait et qu'un des assistants déclarait aux amis, qui, en dépit de toutes les supplications et remontrances, persistaient à rester témoins de l'opération du commencement à la fin, que l'enfant était perdu, je le sentis sucer mes doigts et aussitôt je pus l'extraire sans même déchirer le périnée.

« L'enfant pesait 3400 grammes, et le bassin avait 10^c de conjugué diagonal.

« Né en état de mort apparente, il a pu être ranimé. »

En voilà un qui certes avait la vie dure ! Combien de fois sur 100 sera-t-on aussi heureux ?

Je pourrais vous citer d'autres observations, mais vraiment cela me paraît superflu ; je ne pense pas que nous voulions, pour jouer la difficulté, reprendre à notre compte la version, quand ses partisans étrangers l'abandonnent pour le forceps en faveur duquel nos maîtres ont si longtemps combattu. La version et l'extraction consécutive comportent pour l'enfant de sérieux dangers, alors même que le bassin est normal ; elle doit donc ici céder le pas au forceps chaque fois que la tête se présente ou peut être ramenée au détroit supérieur. C'est d'ailleurs ainsi que la question a été envisagée partout.

J'ai dit, Messieurs : le forceps après symphyséotomie n'a plus que des avantages, mais *à deux conditions* sur lesquelles, depuis plus d'un an, mes deux maîtres Farabeuf et Pinard ont souvent insisté.

Ces deux conditions sont les suivantes :

1° *Il faut que la symphyséotomie soit complète, c'est-à-dire que le ligament sous-pubien soit divisé,*

2° *Il faut que le bassin soit dilaté avant l'intervention finale, c'est-à-dire que les pubis soient écartés d'emblée de la quantité reconnue nécessaire, d'après l'évaluation faible du promonto-pubien minimum et l'estimation à 95 millim. en moyenne du bi-pariétal fœtal.*

Léopold a donné un conseil funeste le jour où il a dit qu'on

pourrait se borner à une section partielle de la symphyse ; il dit encore à l'heure actuelle qu'il faut respecter au moins le ligament sous-pubien (1).

Farabeuf (2) a montré combien cette pratiqué était irrationnelle et, pour ce qui touche au forceps, Harajéwicz de Cracovie et Zweifel de Leipzig se sont chargés, à leur grand dommage, de la démonstration clinique (3).

J'ai rapporté tout au long ces 2 observations dans la brochure que je vais vous remettre et vous verrez que, du fait de la symphyséotomie incomplète, 2 morts viennent s'ajouter aux 3 indépendantes de l'intervention et aux 9 causées par l'application de forceps précédant la section pubienne, ce qui fait déjà 14 *morts sur* 20 *dont la combinaison symphyséotomie-forceps ne peut être considérée comme responsable.*

Restent donc 6 morts pour lesquelles peut se poser la question de responsabilité de la symphyséotomie.

Vous trouverez 4 de ces observations (4) aux pages 297 à 303 de ma brochure et vous verrez que la mort du fœtus est due à la non observation de ce précepte élaboré au laboratoire de Farabeuf et formulé par Pinard dès le 15 février 1892, à la suite de son premier échec : « Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres. » Et Farabeuf résume l'opération en ces 2 temps : 1° *symphyséotomie* ; 2° *double symphyséoclasie postérieure.*

En résumé, Messieurs, la symphyséotomie donnera les succès sans mélange que l'on est en droit d'attendre d'elle à ces conditions seulement qu'elle sera faite d'emblée, qu'elle sera complète, que l'écartement préalable à l'emploi du forceps sera celui que le calcul aura démontré nécessaire et possible, que la traction dû

(1) *Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden.* T. 1, p. 384. Leipzig 1893.

(2) *Loc. cit.*

(3) Voyez plus haut p. 287 et 293.

(4) Les 2 autres sont celles de Novi (p. 270) et de Potocki (p. 342).

forceps régulièrement appliqué sur la tête maintenue en transversale sera dirigée aussi en arrière que possible, ce que permet seul le forceps à traction axile.

J'ai fini, et je m'excuse d'avoir retenu un peu longtemps votre attention. Nous avons pensé qu'il était opportun, au cours de cette discussion, de montrer, pièces en mains, ce que peut faire dès aujourd'hui, pour le traitement curatif des viciations pelviennes, l'alliance bien comprise de la symphyséotomie et du forceps à traction axile et indépendante.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, pour être distribués à mes collègues, 50 exemplaires de la statistique que j'ai dressée sous ce titre : Le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893.

A. FOCHIER, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

De la position et de l'attitude à donner à la tête après la symphyséotomie.

J'ai tout d'abord un compte à rendre à la Société, celui de ma pratique personnelle relativement à la symphyséotomie.

Depuis que j'ai repris mon service,abandonné à la fin de février 1892, depuis le mois d'octobre 1892, j'ai pratiqué une basiotripsie sur enfant vivant, j'ai fait une application meurtrière de forceps et une symphyséotomie. Car c'est bien ainsi qu'il faut comprendre un compte rendu relatif à la symphyséotomie. Si l'on accepte l'opération, il faut expliquer pourquoi elle n'a pas été employée dans tous les cas où elle aurait pu l'être pour contribuer au salut de l'enfant. Les instruments ont été preparés bien plus souvent, six fois au moins, mais il a suffi d'une application de forceps pour avoir un enfant vivant.

Dans le cas de basiotripsie il s'agissait d'une multipare, sur laquelle j'avais pratiqué en 1884 une céphalotripsie à terme, en 1886, un accouchement prématuré à sept mois terminé par une extraction par le siège d'un enfant de 1,620 gr. mort, qui, en 1889, refusa l'opération césarienne et accoucha à sept mois d'un enfant macéré du poids de 1,200 gr. et qui, enfin en novembre 1892, accepta l'accouchement provoqué suivi de symphyséotomie à condition qu'on ne lui fit courir aucun danger. Vous comprenez par ces renseignements que j'avais affaire à une femme très intelli-

gente, tenant beaucoup à la vie et qui n'était pas seule à défendre ses droits à l'existence, son mari en étant aussi convaincu qu'elle-même.

Je provoquai donc l'accouchement, et lorsque le col fut dilatable, j'incisai au-devant des pubis. Le bassin était violemment asymétrique. Il y avait à droite une saillie anguleuse de la branche horizontale du pubis qui faisait penser à une fracture. Le bistouri boutonné ne put pénétrer entre les pubis, une fois le ligament supérieur incisé. S'agissait-il d'une ossification ou d'une distorsion de la symphyse en rapport avec la fracture supposée du pubis droit ? C'est ce qu'il est difficile de dire. Je n'avais ni ciseaux, ni scie à chaîne prêts. Je pensai que la prolongation qu'il aurait fallu pour chercher et aseptiser ces instruments ferait courir des dangers non seulement à la mère mais à l'enfant; je fis la basiotripsie.

Dans le cas d'application meurtrière de forceps, il s'agissait d'une tête absolument mobile au-dessus du détroit supérieur qui fut malheureusement prise régulièrement, comme cela arrive le plus souvent lorsque la tête est mobile, et, malgré mon attention, se mit en position oblique au détroit supérieur lors des efforts d'extraction,

Les efforts furent modérés (20 kilog.), et cependant la bosse frontale se déprima en entonnoir sur le promontoire. Les bruits du cœur devinrent immédiatement irréguliers, l'enfant succomba en dix minutes et je terminai par une basiotripsie sur l'enfant mort. Les os de la tête n'étaient pas mous, ils étaient presque papyracés, ce qui n'est pas la même chose.

Enfin dans la symphyséotomie que j'ai pratiquée le 21 février 1893, avec succès pour la mère et pour l'enfant, j'ai eu affaire à des difficultés exceptionnelles tenant au volume et surtout à la position de l'enfant. Il s'agissait d'un bassin généralement rétréci (promonto sous-pubien = 11 cent.) et d'un enfant de 4,730 gr. se présentant en occipito-gauche postérieure défléchie, ce que certains Allemands appellent une présentation du sinciput, ce mot étant pour eux le synonyme de bregma. C'est la circonférence occipito-frontale de ce gros enfant que j'ai dû faire passer en position oblique et j'ai eu, pendant toute l'extraction, la conscience que les parties molles de la mère n'étant plus soutenues, défendues en avant par les pubis, couraient un grand danger d'effraction. Je me

suis épuisé en efforts pour faire frotter la tête contre la paroi postérieure du bassin et ces efforts étaient naturellement dirigés de façon à empêcher la flexion secondaire de la tête puisque l'occiput était en arrière. Lorsque la tête arriva sur le périnée qui était résistant et inextensible, je fis la rotation et une seconde application de forceps. Malgré cela, malgré la rétraction opérée à l'aide des doigts puis des crochets, j'eus encore plus nettement la conscience de la distension excessive des parties antérieures du canal génital et je demandai des ciseaux pour inciser non la vulve, la tête en était loin, mais le périnée lui-même, lorsqu'il se produisit sur le côté gauche de l'urèthre, une déchirure du vagin qui se continua jusqu'à la petite lèvre du même côté s'arrêtant à un centimètre de l'incision présymphysienne. Cette déchirure profonde de la région vasculaire du vagin donna lieu à un écoulement sanguin considérable qui fut arrêté par des sutures profondes pratiquées immédiatement après l'extraction de l'enfant.

Les dangers évidents qui résultèrent dans ce cas non pas tant du volume de l'enfant que de la déflexion de la tête et de son engagement en occipito-postérieure firent réapparaître à mon esprit des idées que j'avais conçues il y a un an, en voyant M. Pinard pratiquer sa troisième et sa quatrième symphyséotomies, idées qui m'avaient complètement échappé pendant une phase de dépression intellectuelle que je viens de traverser.

En ne se plaçant tout d'abord qu'au point de vue de la défense des parties molles, on peut dire que, lorsque le canal génital est réduit à un cercle de tissus mous maternels (comme cela arrive après la symphyséotomie, une fois que la tête presse sur le périnée), il faut et il suffit qu'on présente la tête à ce canal sous sa plus petite circonférence, c'est-à-dire en flexion complète, pour réaliser les conditions de distension minima des parties maternelles. Il faut en même temps, cela va sans dire, empêcher la tête de propulser au devant d'elle les anneaux successifs qu'elle doit franchir et, par suite, maintenir en place ces anneaux soit à l'aide des doigts, soit à l'aide de crochets mousses. Il faut empêcher la tête d'allonger le cylindre élastique qu'elle doit parcourir parce que cet allongement ne peut se produire qu'en rétrécissant proportionnellement les sections successives de ce cylindre.

Si la tête, par suite de son volume ou de son attitude, présente des dimensions inconciliables avec le maintien de l'intégrité du

canal, il faut sectionner ce canal en arrière pour éviter sa déchirure en avant, point dangereux à cause de la vessie, de l'urèthre ou des plexus veineux, point sans protection, sans soutien une fois la symphyséotomie faite.

Mais tant que la tête est en contact en arrière ou sur les côtés avec une paroi osseuse, la distension des parties molles en avant, au niveau du vide laissé par l'écartement des pubis, le degré de cet écartement même dépendront avant tout de l'utilisation au maximum de l'aire nouvelle du canal osseux, par la grande circonférence de la présentation céphalique. Pour savoir quelle est la circonférence de la tête qui peut le mieux s'adapter à cette forme nouvelle du détroit supérieur, pour savoir en même temps dans quelle position il faut mettre cette circonférence, il faut évidemment chercher d'une façon précise quelle forme prend après symphyséotomie, le détroit supérieur rétréci dans les différents types de rétrécissement du bassin.

C'est ce que j'ai fait en utilisant un procédé depuis longtemps mis en usage à ma clinique par un de mes élèves, le Dr Jamin. On délimite le contour du détroit supérieur par un trait continu de craie. Le plan du détroit est ensuite placé dans le plan vertical et on photographie le bassin ainsi maintenu en ayant soin d'obtenir sur la plaque une réduction de moitié dans les dimensions linéaires. On a ainsi une projection sur un même plan des différents points du détroit supérieur (ce qui au point de vue des obstacles mécaniques apportés par le rétrécissement au passage de la tête est admissible dans la presque totalité des cas) et l'on peut étudier les dimensions linéaires et la forme de cette figure plane, les comparer aux dimensions et aux formes des diverses circonférences céphaliques.

Pour simuler la symphyséotomie, nous avons produit un écartement de six centimètres entre les pubis en maintenant en contact les parties postérieures des surfaces auriculaires du sacrum et de l'ilion. La photographie nous a donné les nouvelles formes des détroits supérieurs agrandis et nous a permis de les comparer aux premières et aux circonférences céphaliques.

Cette étude se poursuit à ma clinique et donnera des résultats de détail intéressants ; elle constituera un travail d'ensemble ayant pour titre : « Étude pelvigraphique des résultats de la symphyséotomie. » Mais pour résoudre la question de l'attitude et de

la position à donner à la tête après la symphyséotomie, il me suffira aujourd'hui d'envisager trois bassins comparables entre eux et reproduisant les trois types de rétrécissement distingués par Michaëlis dont j'accepte les idées d'une façon générale.

Comme spécimen de *bassin aplati*, j'ai fait photographier un détroit supérieur qui, avant et après symphyséotomie, présentait les dimensions suivantes :

	AVANT.	APRÈS.	AGRANDISSEMENT.
Conjugué	87	100	13
Transverse maximum	147	164	16
Transverse médian (1)	138	158	20
Oblique gauche	126	138	12

Déjà avant la symphyséotomie, il était bien évident que la tête devait se placer en position transversale pour utiliser en maximum l'aire du détroit supérieur et en attitude partiellement défléchie (attitude intermédiaire) pour permettre à la bosse pariétale postérieure d'éviter la saillie du promontoire.

L'étude de la nouvelle forme du rétrécissement après symphyséotomie rend encore plus utile cette attitude intermédiaire et cette position transversale puisque l'agrandissement maximum porte sur le transverse médian et le minimum sur l'oblique et le conjugué.

En supposant une tête volumineuse nécessitant la symphyséotomie dans ce bassin, il faudrait la placer en position transversale, en attitude intermédiaire, comme se serait placée une tête normale que de bonnes contractions utérines auraient certainement suffi à engager dans le bassin avant symphyséotomie.

Comme spécimen d'un *bassin généralement rétréci* avec conservation des formes, j'ai pris un bassin à peu près normal, les conclusions étant applicables dans un cas comme dans l'autre, et l'étude du bassin normal comportant des enseignements plus faciles à appliquer.

Avant et après symphyséotomie, les dimensions étaient les suivantes :

(1) J'appelle *transverse médian* la dimension transversale du détroit supérieur qui passe par le milieu du conjugué. De même, dans tout ce qui va suivre, j'appellerai oblique et parfois *oblique médian* la dimension qui, partie de la symphyse sacro-iliaque, va passer par le milieu du conjugué.

Bassin aplati

147
138
126
87

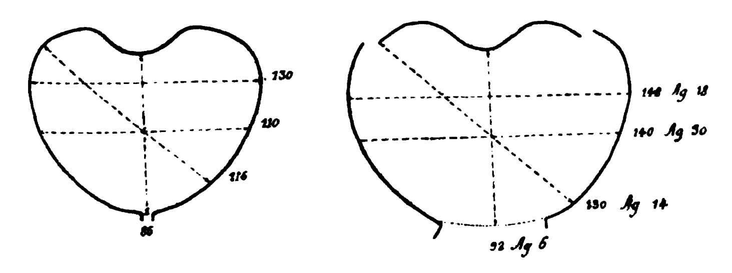
164 Ag 17
158 Ag 20
138 Ag 12
10 Ag 13

Bassin normal

130
124
125
110

156 Ag 26
132 Ag 28
136 Ag 11
118 Ag 8

Bassin aplati généralement rétréci



Tracés au 1/4 de la grandeur naturelle.

	Avant	Après	Agrandissement
Conjugué................	110	118	8
Transverse maximum....	130	156	26
Transverse médian........	124	152	28
Oblique gauche...........	125	136	11

L'agrandissement maximum portant sur le transverse médian est bien propre à faire présumer qu'après symphyséotomie, lors même que la tête se serait présentée en oblique, il faudra la mettre en transversale, mais l'étude de la forme nouvelle est encore plus démonstrative que celle des dimensions linéaires. On a beau tirer l'oblique nouveau en le faisant passer par le milieu du nouveau conjugué, on est obligé de le faire partir en arrière de l'extrémité de l'aileron du sacrum ou du niveau de cette extrémité et alors, ou l'oblique devient inférieur à 136, ou il se rapproche du promontoire, au point de ne pouvoir être mis en rapport avec les dimensions longitudinales de la tête. La superposition d'une figure reproduisant les contours de la tête amène aux mêmes conclusions, c'est-à-dire que dans un bassin normal ou dans un bassin généralement rétréci, la forme nouvelle du détroit supérieur après symphyséotomie est au point de vue de l'engagement de la tête celle d'un bassin aplati. Le promontoire n'étant pas projeté en avant il ne sera pas aussi nécessaire de placer la tête en attitude intermédiaire, mais il faudra la placer en position transversale parce que les circonférences de la tête ne sont jamais des circonférences, mais toujours des ovoïdes irréguliers présentant des saillies irréductibles, les bosses frontales, pariétales et occipitale, séparées par des espaces malléables et dépressibles.

Plus certainement appréciables encore, sont ces conclusions lorsqu'il s'agit du *bassin aplati généralent rétréci*, le type où la symphyséotomie est et sera le plus souvent appliquée.

Le spécimen que j'ai pris a 86 millim. de conjugué, c'est-à-dire les mêmes dimensions dans ce sens que le spécimen de bassin aplati étudié plus haut. Les dimensions linéaires sont les suivantes :

	AVANT	APRÈS	AGRANDISSEMENT
Conjugué....................	86	92	6
Transverse maximum.........	130	148	18
Transverse médian............	110	140	30
Oblique gauche..............	116	130	14

Comme dans presque tous les bassins de ce type, le transverse maximum est non seulement un peu rétréci, mais surtout reporté si près du promontoire qu'il est absolument inutilisable.

Il en est de même d'ailleurs pour l'oblique médian lui-même qui est beaucoup plus rapproché du promontoire que de la paroi antérieure du bassin. Ce sont là des faits en rapport avec l'engagement transversal qui en clinique différencie ce bassin du généralement rétréci non aplati.

L'étude des agrandissements est très démonstrative à elle seule. Le transverse médian s'allonge cinq fois plus que le conjugué et plus de deux fois plus que l'oblique. Mais si l'on tient compte de la forme, la démonstration est encore plus évidente.

Par suite de la symphyséotomie, le transverse maximum se rapproche considérablement du médian et l'oblique médian s'éloigne à peine du promontoire. Tout autre oblique est plus petit que l'oblique médian ou tend à devenir transversal. La tête livrée à elle-même passerait de l'oblique au transverse par le fait de l'augmentation progressive des diamètres de la première direction à la seconde. D'ailleurs on n'a qu'à rapprocher le contour de l'aplati généralement rétréci, après la symphyséotomie, du contour de l'aplati avant ou après symphyséotomie, du contour de la circonférence occipito-frontale de la tête pour se convaincre que la symphyséotomie transforme l'aplati généralement rétréci en un aplati, pour affirmer que là, comme dans l'aplati plus encore que dans le généralement rétréci, il faut engager la tête en position transversale et en attitude intermédiaire.

De cette étude sommaire qui demande à être développée et qui le sera, mais qui est suffisante telle que je l'ai exposée, je suis autorisé à formuler les conclusions générales suivantes :

Après la symphyséotomie, on s'est occupé surtout d'évaluer l'agrandissement du conjugué ou de mesurer la circonférence qui pouvait être inscrite entre le promontoire et les angles du pubis écartés (Farabeuf). Cette façon de procéder ne donne pas la vraie mesure de l'utilité de la symphyséotomie et n'est capable de suggérer aucun précepte relativement à la position à donner à la tête une fois l'opération faite ; tout au plus conduirait-elle à engager la tête par sa circonférence sous-occipito-bregmatique, ce qui est toujours défectueux et souvent très mauvais, lorsque le promontoire est projeté en avant.

L'étude comparée des agrandissements des diamètres pelviens dans les divers types de rétrécissements du bassin, l'étude de la situation de ces diamètres relativement au promontoire, de la forme nouvelle du détroit supérieur après la symphyséotomie doit faire placer la tête venant première ou dernière en position transversale et en attitude intermédiaire ou en flexion modérée.

Il me reste maintenant à donner mon opinion sur la symphyséotomie au point de vue clinique et sur la limitation de son emploi. Je résumerai cette opinion dans une comparaison un peu vieillote d'allure, mais qui me paraît plus conforme à la réalité que des désignations trop précises. Je dirai : La pratique de la symphyséotomie était un foyer sacré que, tout au bout de l'Italie, Morisani entretenait avec le zèle religieux d'une vestale... Le souffle généreux et ardent de Pinard est venu transformer ce foyer discret en un brasier aux lueurs fulgurantes...

Prenons garde à l'incendie !

Je ne voudrais pas, en notre fin de siècle, passer pour un *pompier*. Je crois devoir cependant, sans parler des indications particulières que nous trouverons l'occasion de discuter tout à l'heure, formuler dès maintenant des restrictions générales.

D'abord la symphyséotomie n'est pas encore arrivée à la période de vulgarisation. Si le plus souvent l'opération sur le vivant est aussi simple que sur le cadavre, il s'est produit parfois certaines complications, certaines difficultés encore insuffisamment connues pour qu'on puisse dès maintenant indiquer les moyens de les éviter ou d'y remédier. Je n'en voudrais pour preuve que l'observation de M. Tellier ; mais on en trouve d'autres non moins démonstratives à ce point de vue. Nous sommes dans une période où, non seulement il nous faut tous imiter la franchise de M. Tellier, et raconter les revers et en scruter les causes, mais où les maîtres les plus habiles, les plus autorisés, doivent chercher les accidents ou les périls possibles, les voir et les signaler pour les autres, s'ils arrivent à les éviter facilement eux-mêmes. Nous sommes au moment où il faut exagérer plutôt que diminuer les difficultés opératoires. Bientôt tous les dangers seront connus, l'opération sera réglée dans tous ses détails pour toutes les variétés de conditions, et elle pourra se vulgariser, mais elle n'en est pas encore là, c'est ce que je tenais à dire en premier lieu.

Ensuite, je crois bien qu'il faut s'abstenir de la pratiquer sur les malades infectées, ou même ayant simplement de grandes chances d'infection. Tout ce que nous savons de la symphyséotomie avant l'antisepsie, tout ce que nous connaissons par l'expérimentation ou la clinique du danger des traumatismes articulaires chez les infectées, nous démontre bien que l'écartement des symphyses sacro-iliaques va créer un *locus minoris resistentiæ* d'abord, puis un foyer de reviviscence, de renforcement pour les germes de l'infection. Il y a eu peut-être déjà de ce fait des morts maternelles attribuables à la symphyséotomie ; il est certain en tous cas qu'il y en aura si on continue à opérer les infectées. Dans les cas d'infection continuons à sauvegarder l'existence consciente de la mère, fut-ce au prix de l'existence inconsciente de l'enfant.

Ces restrictions posées, je n'hésite pas à déclarer que le retour à la symphyséotomie constitue un progrès et un grand progrès. Ce n'est pas seulement l'obstétrique, mais l'humanité qui doit être reconnaissante aux deux hommes qui ont contribué à cette réinstauration d'une opération conservatrice des vies humaines.

Notre reconnaissance doit tout d'abord s'adresser à Morisani qui, avec une clairvoyance et une ténacité admirables, a su persévérer dans la pratique de cette opération discréditée par ses revers, plutôt que par son inefficacité. Elle doit aller ensuite à Pinard dont le sens et l'expérience cliniques ont dirigé les premières applications de cette vieille nouveauté, dont la voix autorisée a su, comme une trompette éclatante, porter la bonne nouvelle aux quatre coins du globe.

IX

Professeur A. Pinard

Contribution à l'étude de la symphyséotomie

19 OPÉRATIONS PRATIQUÉES A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DEPUIS LE 4 FÉVRIER 1892 JUSQU'AU 23 MARS 1893.

Il y a un an, lors de la première réunion de la Société obstétricale de France, j'ai eu l'honneur de vous communiquer le résumé des observations de *trois* femmes chez qui j'avais pratiqué la symphyséotomie.

Depuis cette époque, *seize* symphyséotomies ont été faites

à ma clinique soit par mes élèves, soit par moi-même, ce qui fait un total de 19 depuis le 4 février 1892.

2 ont été pratiquées par le Dr Varnier, professeur agrégé
2 — — le Dr Lepage, chef de clinique.
1 — — le Dr Potocki, ancien chef de clinique
1 — — le Dr Wallich, chef de laboratoire.
13 — — par moi.

4 de ces femmes étaient primipares, 15 étaient multipares.

5 fois la symphyséotomie a été le complément de l'accouchement provoqué.

14 fois la symphyséotomie a été faite après la déclaration spontanée du travail.

7 fois la symphyséotomie a été pratiquée après des tentatives infructueuses de forceps, et 12 fois d'emblée, étant donnés la longueur du travail, le non engagement de la tête, la disproportion bien constatée de cette dernière par rapport au rétrécissement.

18 fois après la symphyséotomie, l'enfant fut extrait à l'aide du forceps, une seule fois par la version.

Je ne veux pas exposer ici en détail ces observations dont vous trouverez, du reste, les traits principaux dans le travail que vient de publier mon collaborateur, le Dr Varnier (1). Je désire simplement, en face des résultats obtenus, ne m'appuyant que sur ces faits, examiner rapidement devant vous si la symphyséotomie a répondu à l'attente de ses partisans et ce qu'il faut faire pour qu'elle puisse donner tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Et d'abord quels ont été mes résultats ?

Les voici :

19 femmes opérées = 19 femmes guéries.

19 enfants extraits vivants — 3 morts quelques jours après leur naissance; 16 enfants vivants aujourd'hui et bien portants.

La mort de ces trois enfants est-elle imputable à la symphyséotomie? Personne n'aura cette idée, je pense, après avoir lu les observations.

En effet, le *premier* est mort, parce que n'ayant pu, par suite d'une abondance extrême du liquide amniotique, ramener la tête en bas, j'ai dû faire une extraction par les pieds et aussi, et sur-

(1) Voir ci-dessus : le bilan de la symphyséotomie renaissante.

tout, pourrais-je et devrais-je dire, parce que l'ouverture préalable du bassin était insuffisante (1).

La traction et la pression nécessaires pour faire passer la tête dernière dans ces conditions, ont déterminé une fracture d'un pariétal et une hémorrhagie méningée qui ont entraîné la mort. Complications fâcheuses, faute opératoire, telles ont été les causes de la mort de cet enfant.

Le *deuxième* (2) est mort sans présenter de lésions. On ne peut ici incriminer aucun traumatisme. La tête de cet enfant est préparée et conservée dans le musée de la Clinique. Mais il était ne avant terme; j'avais provoqué l'accouchement trop tôt, selon toutes les probabilités. J'étais, d'une part, trop influencé par les antécédents de cette femme (1er accouchement à terme, terminé par une basiotripsie après deux jours de travail à la Clinique de la rue d'Assas ; 2e accouchement provoqué à 8 mois par moi à la Maternité de Lariboisière, extraction par version d'une fille du poids de 2,400, morte le lendemain; 3e accouchement provoqué à 8 mois par mon collègue Champetier de Ribes à la Maternité de Tenon et terminé par basiotripsie) et d'autre part, je n'étais pas encore assez confiant dans les résultats de la symphyséotomie.

Donc, ici encore on peut m'incriminer moi, mais non la symphyséotomie.

Le *troisième* (3) succomba comme le premier à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement spontané des pubis fût de 3 cent. avant l'extraction, la tête s'engagea difficilement, parce qu'elle était volumineuse, et parce que aussi la prise de la tête par les cuillers avait été irrégulière. Causes de la mort : écartement préalable du bassin insuffisant et application du forceps irrégulière.

Vous le voyez, ces trois enfants ne sont pas morts de la symphyséotomie, mais au contraire parce qu'on n'a pas, dans ces trois cas, demandé à cette opération tout ce qu'elle pouvait, tout ce qu'elle devait donner.

En effet, il faut dès maintenant définir et préciser tout ce qu'on doit entendre par symphyséotomie.

---

(1) Voir obs. I. *Annales de gynécologie*, 15 février 1892.

(2) Voir obs. IV. *Annales de gynécologie*, 15 février 1892.

(3) Voir obs. XIII. *Annales de gynécologie*, 15 février 1893.

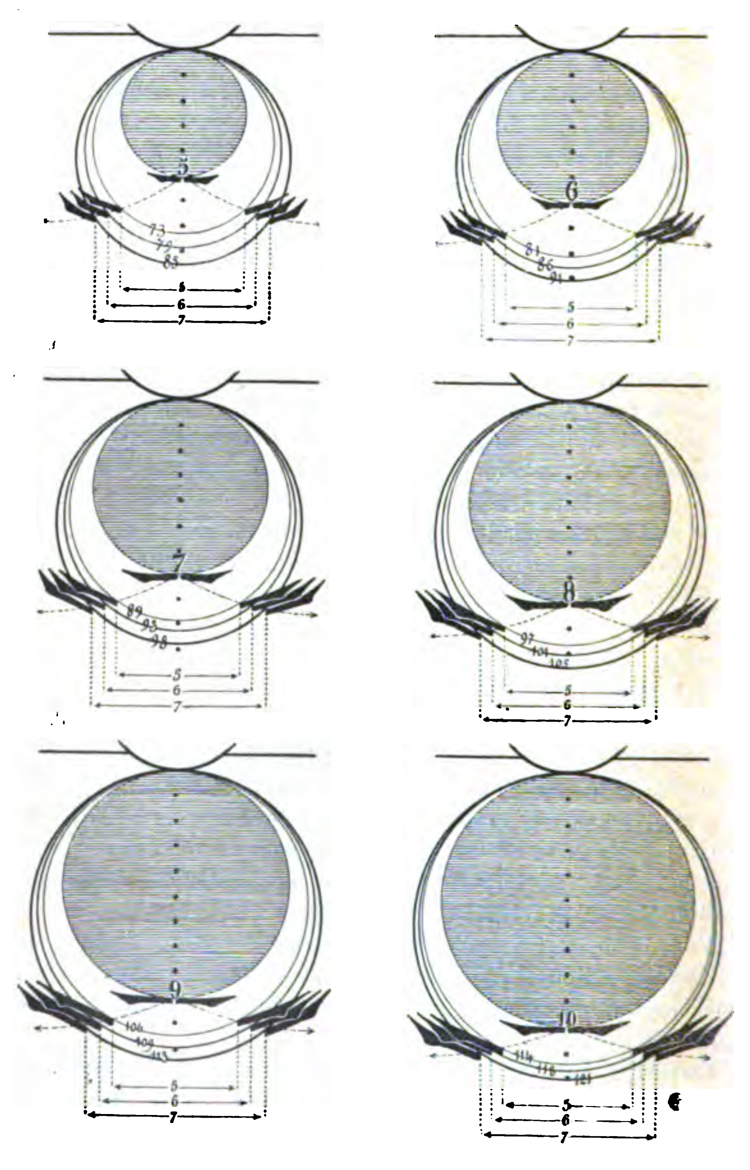


FIG. 1. — Résultats de la symphyséotomie appliquée à des bassins de **5**, **6**, **7**, **8**, **9**, **10** centimètres dont la capacité primitive est indiquée par les cercles teintés. Le diamètre des cercles praticables obtenus après écartement pubien de 5, 6 ou 7 centimètres est inscrit en milimètres.

L'expérience, je pourrais dire l'expérimentation clinique a démontré ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, mais *seulement* lorsque le nécessaire, l'indispensable a été fait.

Ce qu'elle peut donner ? Les tracés de Farabeuf fournissent la réponse avec autant de concision que de précision. Et pour cette raison je les reproduis encore ici.

Et je répète encore ses paroles : « Je prie de se rappeler que l'agrandissement du diamètre conjugué (antéro-postérieur) qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés ; que cet agrandissement est *accéléré*, c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Par exemple, si un écartement pubien de 3 cent. allonge le diamètre antéro-postérieur praticable de 8 millim., 3 cent. d'écartement en plus l'allongeront de 12 millim. et non de 8 seulement.....

« N'oublions pas qu'un petit écartement pubien donne absolument, cela va sans dire, mais aussi relativement, moins qu'un grand écartement » (Farabeuf, *Annales de gynécologie*, décembre 1892, p. 404 et 406).

La clinique nous a permis de contrôler et de constater la scrupuleuse exactitude de ces affirmations.

Mais il faut (qu'on le sache bien) que l'agrandissement, l'écartement désirable, calculé et voulu du bassin, soit produit avant toute tentative d'extraction. Cet écartement doit toujours être l'œuvre de l'accoucheur et jamais celle de l'enfant.

Il ne s'agit donc pas de couper simplement le cartilage interpubien pour dire : *j'ai fait une symphyséotomie*. Non, l'acte opératoire qui, au point de vue obstétrical, doit porter le nom de symphyséotomie, n'a pas pour but et pour résultat la section des pubis, mais bien un *écartement voulu, nécessaire de x centimètres*.

C'est seulement quand cet écartement est obtenu que la symphyséotomie est faite.

En comprenant ainsi cette opération, il n'y aura plus, je pense, de *demi-symphyséotomistes*, selon l'expression de Farabeuf.

Pour obtenir cet écartement, il est absolument nécessaire de couper tous les moyens d'union des pubis. Cela fait, on procède alors à l'agrandissement du bassin.

L'abduction des cuisses n'est pas toujours suffisante et il est nécessaire dans certains cas d'employer un instrument écarteur enregistreur.

En agissant ainsi, expose-t-on la femme à des accidents ?

L'on a dit et répété : des accidents sont à redouter, des lésions peuvent se produire soit en arrière au niveau des articulations sacro-iliaques, soit en avant au niveau de l'urèthre et de la vessie.

Je n'ai constaté aucun de ces accidents chez nos 19 opérées. La consolidation du bassin s'est toujours effectuée, alors que l'écartement avait atteint et dépassé 6 centimètres ; ce qui prouve que les lésions des symphyses sacro-iliaques sont d'une importance minime. Quant aux lésions de l'urèthre, de la vessie, je n'en ai jamais vu se produire. J'ai même opéré une femme qui avait une fistule vésico-vaginale résultant d'un accouchement antérieur terminé par embryotomie et cette fistule n'a pas été agrandie pendant l'opération. Bien mieux cette fistule a disparu depuis ! Cela ne veut pas dire que je propose la symphyséotomie comme trai tement des fistules vésico-vaginales ! Trois fois seulement, j'ai vu se produire une légère déchirure vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas au moins avec la plaie opératoire (1). Je me suis dans ces cas contenté de faire un simple tamponnement à la gaze iodoformée, et la réunion par première intention a toujours eu lieu.

Je rappelle ce que je disais dans ma leçon du 7 décembre 1892 : « Je crois qu'il serait imprudent de dépasser 7 centimètres d'écartement des pubis, et qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction et faire immobiliser le bassin, lorsque l'aiguille commence à dépasser 6 centimètres. Et, si j'insiste sur ce point, c'est bien moins dans la crainte de produire des lésions au niveau des symphyses sacro-iliaques, que dans le but d'éviter des lésions des parties molles, au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. »

L'écartement scientifique étant ainsi obtenu, que doit-on faire ? L'expérience nous a démontré, ce dont nous nous doutions déjà du reste, que l'application de forceps régulière était le procédé de choix, l'extraction par les pieds devant rester une opération de nécessité.

---

(1) Voyez obs. VI, IX, XI in De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892. Steinheil, 1893.

La situation élevée de la tête, sa mobilité au-dessus du détroit supérieur ne doivent constituer une difficulté dans l'application du forceps que pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec cet instrument, et je doute que ceux-là tentent une symphyséotomie. En suivant la règle que nous avons formulée pour toute application de forceps, on saisira toujours la tête régulièrement. quelles que soient sa hauteur et sa mobilité. Nos observations le prouvent. Une seule fois, la tête a été saisie irrégulièrement, je le reconnais, mais l'aide avait laissé tourner la première branche à l'insu de l'opérateur.

C'est en opérant ainsi que je viens de l'exposer que l'on évitera toute lésion sérieuse du côté de l'organisme maternel et du côté de l'organisme fœtal.

Quant à la consolidation du bassin, je n'ai cru pouvoir mieux faire pour vous édifier complètement sur ce qu'elle est, sur ce qu'elle devient, que de vous convier à venir ce matin à ma clinique. Ceux qui ont voulu voir ont pu constater chez 16 de mes opérées (1) les résultats éloignés et récents. Pour ceux qui ne les ont pas vues, je dirai simplement que sauf les deux dernières, opérées l'une depuis 20 jours, l'autre depuis 12 jours, toutes ont repris leurs occupations, et il en est de fatigantes; une de ces femmes est infirmière dans mon service, une autre est porteuse de pain chez un boulanger et monte les escaliers toute la journée; enfin pour terminer ce qui est relatif à ce sujet, j'ajouterai qu'une de mes opérées vient à pied, portant son enfant, de Charenton dans mon service et cela sans fatigue. Le bassin récupère donc complètement sa solidité fonctionnelle.

Vous avez pu voir également la plupart des enfants et constater que non seulement ils sont en bonne santé, mais encore qu'ils offrent un développement remarquable; et peut-être avez-vous partagé mon immense satisfaction de n'avoir pas été obligé de sacrifier ces enfants vigoureux, au crâne largement développé, supplice auquel nous étions condamnés il y a peu de temps encore

En présence de résultats semblables et surtout devant le nombre de mes opérées, je crains de voir grandir ma réputation... d'interventionniste à outrance.

Je sais que j'ai cette réputation; je crois même que quelques-

(1) 3 retenues par leurs occupations n'ont pu se rendre à la convocation.

uns de mes amis, et parmi mes plus chers, me considèrent comme un Osiander au petit pied.

J'étais interventionniste en effet, je l'avoue; mais je tiens à expliquer sinon à légitimer ma conduite antérieure.

D'abord, dans quel sens étais-je interventionniste ?

En cherchant à remplacer les forces naturelles, à me substituer à elles? Jamais. En cherchant à aider la nature? Oui. Et toutes mes statistiques opératoires viennent à l'appui de ce que j'avance.

Interne, chef de clinique, chef de service, j'ai tellement souffert en voyant pratiquer et en pratiquant moi-même d'abord des céphalotripsies et ensuite des basiotripsies sur des enfants vivants, que j'ai toujours cherché à faire disparaître ce supplice au point de vue humain, cet aveu d'impuissance au point de vue scientifique, en un mot, cet opprobre obstétrical!

De là deux voies dans lesquelles je suis entré : les applications de forceps régulières au détroit supérieur, l'accouchement provoqué.

Oui, j'ai fait beaucoup d'applications de forceps au détroit supérieur; M. Varnier vous l'a dit. Oui j'ai provoqué beaucoup d'accouchements; je ne m'en suis jamais caché. J'ai toujours publié intégralement tout ce qui a été fait dans mon service et tous les résultats obtenus, et je puis dire aujourd'hui, en face de ces résultats : j'ai eu quelquefois à pleurer, je n'ai jamais eu à rougir.

J'attendais que d'autres plus heureux me montrassent la voie meilleure. Cette voie, tracée il y a plus d'un siècle en France, fut définitivement établie en Italie; et, depuis le mois de décembre 1891, c'est dans cette voie que nous nous efforçons, Farabeuf, Varnier et moi, d'entraîner tous les accoucheurs.

Mais on trouve déjà que nous avons dépassé le but. « Vous pratiquez trop de symphyséotomies. s'écrient les uns, le murmurent tout bas les autres ».

Avant de nous incriminer, peut-être serait-il convenable de savoir dans quelles circonstances nous avons opéré. Et il est probable, pour ne pas dire certain, que ceux qui m'adressent les plus vifs reproches ignorent complètement ces circonstances. C'est pour ces raisons que nous avons publié notre bilan complet, que Varnier vous a mis entre les mains le bilan de la symphyséotomie renaissante, que Lepage a publié la statistique de toutes les opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892, afin

que vous puissiez juger notre manière de faire en toute connaissance de cause.

Et aujourd'hui, je viens vous dire : j'ai pratiqué beaucoup moins d'accouchements provoqués, j'ai fait beaucoup moins d'applications de forceps, je n'ai pas pratiqué en 1892 une seule embryotomie volontaire sur un enfant vivant. Et... *je n'ai pas assez pratiqué de symphyséotomies.*

J'aurais du en pratiquer ou en faire pratiquer davantage et j'espère vous faire partager mon opinion.

En effet, j'ai eu à lutter depuis le 4 février 1892 contre 31 bassins où il y avait une notable disproportion entre la tête fœtale et la filière pelvienne.

Dans 10 cas, obéissant aux indications anciennes, j'ai fait ou fait faire des applications de forceps.

Résultat : 10 femmes guéries.
6 enfants vivants.
4 enfants morts.

D'un autre côté, obéissant aux indications nouvelles :

Dans 19 cas la symphyséotomie a été pratiquée.

Résultats définitifs . 19 femmes guéries.
16 enfants vivants.

Dans un cas de bassin oblique ovalaire, j'ai pratiqué l'ischio-pubiotomie.

Résultat : 1 femme guérie, 1 enfant vivant.

Enfin dans un bassin mesurant 5 centimètres au détroit inférieur, avec double ankylose sacro-iliaque et coxo fémorale, j'ai pratiqué la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro).

Résultat : 1 femme guérie, 1 enfant vivant.

En résumé : 21 femmes opérées, 21 guéries.
21 enfants extraits vivants, 18 vivants aujourd'hui.

Et je rappelle que 16 de ces femmes avaient eu antérieurement 30 grossesses s'étant terminées : 8 par basiotripsie, 9 par application de forceps, 2 par version, 11 par accouchement prématuré provoqué suivi ou non d'opération, et que ces 30 grossesses, en somme, ont abouti à la naissance de deux enfants qui ont vécu.

Comparant ce passé : 30 grossesses = 2 enfants vivants, avec ce présent : 21 grossesses = 18 enfants vivants, il n'y a pas à hésiter je crois. Je me permettrai donc de continuer à essayer d'entraîner

nos confrères de tous les âges et de tous les pays dans notre voie et je dis aux jeunes :

Soyez bien pénétrés de ce fait, qu'il est plus simple d'ouvrir un bassin que d'ouvrir une trachée, ou d'opérer une hernie étranglée, ce que doit savoir faire tout pratricien.

Etudiez la symphyséotomie ; le manuel opératoire que j'ai décrit dans mes leçons, me semble le plus simple et le plus facile à exécuter (1). Opérez ainsi et vous n'aurez pas de complications. Ne redoutez pas ces dernières au point de tenter au préalable des applications de forceps meurtrières.

Car la symphyséotomie a encore deux écueils à éviter avant de se montrer dans la plénitude de sa puissance :

L'infection préalable de la mère.

Les blessures préalables de l'enfant.

Evitez l'une, ne produisez pas les autres, opérez sans crainte dans ces conditions, et je ne crois ni me tromper, ni vous tromper en vous disant :

Le succès vous attend.

DISCUSSION

Sténographiée pour les *Annales de Gynécologie* par M. DEDIEU, externe des hôpitaux, sténographe de la Chambre des Députés.

M. BAR. — Je demande la parole simplement pour poser une question. La symphyséotomie est une des questions les plus considérables qui puissent être discutées en ce moment ; il s'agit de savoir si cette opération doit être mise en parallèle avec d'autres opérations, le forceps, la version, l'accouchement prématuré. Aussi, avant de prendre part à la discussion, j'ai l'honneur de demander à MM. Pinard et Varnier quelle est exactement leur

(1) Je ne conseillerai qu'une petite modification pour ceux qui craindraient d'inciser trop haut. Incisez avec le bistouri sur la symphyse, allez d'emblée jusqu'à l'os. Puis avec le doigt décollez jusqu'au bord supérieur de la symphyse, coupez avec des ciseaux sur votre doigt toute l'épaisseur de la paroi, et gagnez ainsi le bord supérieur de la symphyse. Passez au-dessus, libérez, toujours avec les ciseaux, de façon à assurer au-dessus des pubis le libre passage du doigt protecteur. Il ne restera plus qu'à inciser le cartilage de haut en bas. Et vous n'irez ainsi jamais trop haut et vous serez sûr de ne léser aucun organe.

pensée sur cette opération par rapport à celles que je viens de nommer. Je leur demanderai également de me dire si, quand une femme enceinte vient à la Clinique Baudelocque à l'heure qu'il est, quand ils ont le loisir de provoquer l'accouchement prématuré, de propos délibéré ils attendent l'époque du travail pour entreprendre la symphyséotomie et si, quand une femme se présente en travail, que l'opération apparaît comme devant être une opération d'urgence, de propos délibéré ils ne mettent en ligne de compte ni le forceps ni la version.

Je crois avoir posé les points du problème de façon à ce que nous ne nous égarions pas dans la discussion.

M. LE PRÉSIDENT. — Je comprends l'importance de la discussion. Cependant je ne vois pas l'opportunité de mettre directement en cause MM. Pinard et Varnier.

M. BAR. — C'est qu'ils ont apporté des statistiques très nombreuses.

M. VARNIER. — Nous sommes prêts à répondre.

M. LE PRÉSIDENT à M. BAR. — Vous prenez la parole pour discuter les indications comparées de la symphyséotomie, de l'accouchement prématuré artificiel et des autres opérations plus ou moins similaires?

M. BAR. — Parfaitement. Mais comme ces messieurs ont apporté des statistiques très nombreuses, je leur demande exactement ce qu'ils font à cet égard.

M. PINARD. — Je vais vous répondre.

M. LE PRÉSIDENT. — Ces différentes opérations ne s'excluent pas l'une l'autre, car souvent on combine l'une avec l'autre ; on les combine tellement bien qu'on provoque l'accouchement prématuré, qu'on pratique la symphyséotomie et qu'on emploie le forceps.

M. BAR. — Il va y avoir une discussion sur la symphyséotomie. MM. Pinard et Varnier nous ont apporté des statistiques et, si je fais allusion à eux particulièrement, c'est parce qu'ils est incontestable qu'ils ont tenu le flambeau de la symphyséotomie et montré le chemin à cet égard. Mais je suis frappé du très grand nombre de symphyséotomies qui ont été faites à la Clinique Baudelocque. Et, afin qu'il ne puisse pas y avoir de confusion, je leur demande ceci : Rejetez-vous l'accouchement prématuré de parti pris? Rejetez-vous la version quand une femme se présente en

travail? Je n'ai pas saisi la pensée de M. Varnier à cet égard.

M. VARNIER. — Je réponds à la question de M. Bar : Si nous avons apporté ici les deux notes qui viennent d'être lues et les brochures qu'on a distribuées, c'est précisément pour que chacun puisse savoir ce que nous faisons.

M. Bar nous demande si nous rejetons d'emblée l'accouchement prématuré. Je répondrai à cette question (M. Pinard répondra aux autres) : dans la statistique que vous avez en mains, je vois, à la date du 29 mai 1892, que M. Pinard a opéré une femme ayant un diamètre *promonto sous-pubien* de 93 millim. et j'ai pris soin de mettre entre parenthèses : « L'auteur, appelé à examiner cette femme au 7e mois 1/2, a décidé de la laisser aller à terme et de pratiquer d'emblée la symphyséotomie, à la dilatation complète ». Ce qui vous montre que déjà à cette époque, M. Pinard avait presque renoncé à la combinaison de l'accouchement prématuré provoqué et de la symphyséotomie et qu'il marchait vers la symphyséotomie remplaçant toutes les opérations obstétricales appliquées auparavant au traitement des bassins viciés.

Notre but, en soulevant cette discussion, est de faire prendre à chacun position de telle façon que nous puissions d'ici quelques années apporter, ceux qui ne nous auront pas suivi, leurs résultats, nous les nôtres, et qu'on puisse comparer.

M. BAR. — Nous nous entendons bien à cet égard : Quand une femme enceinte avec bassin rétréci se présente chez vous, votre tendance actuelle est de rejeter l'accouchement prématuré pour attendre et faire la symphyséotomie.

M. VARNIER. — Oui, à moins que l'accouchement ne se termine spontanément. Pour la version, je vous répondrai : Quand une femme à bassin rétréci est en travail, nous nous arrangeons de façon à avoir une présentation du sommet. Nous la laissons alors aller plus longtemps que jadis. Il n'y a pas longtemps, nous intervenions de bonne heure parce que nous pensions que la prolongation du travail pourrait amoindrir la vitalité de l'enfant et que, si nous avions à faire ultérieurement une opération, forceps ou version, nous avions beaucoup moins de chances d'avoir un enfant vivant. Maintenant que nous sommes absolument sûrs, avec la section pubienne, alors que les contractions utérines se seront montrées impuissantes à engager la tête, de pouvoir supprimer l'obstacle, nous ne pratiquerons plus de version,

nous ne ferons même plus de forceps, nous ferons la section pubienne.

M. Pinard. — Je n'ai qu'un seul mot à ajouter à propos des indications de l'accouchement prématuré.

M. Varnier vous a parlé d'une femme chez laquelle le diamètre promonto sous-pubien mesurait 93 millim. Vous pouvez évaluer, à quelque chose près, l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum. C'est donc un bassin considérablement rétréci; et vous voyez que, dans ce cas, de parti pris et de la façon la plus nette, j'ai renoncé à provoquer l'accouchement. Mais il est bien entendu que quand le rétrécissement sera plus accusé, et qu'il me sera démontré par le calcul, étant donné l'agrandissement du bassin sur lequel scientifiquement je dois compter d'une part, et les dimensions de la tête d'autre part, quand il me sera démontré dis-je que la tête ne passerait pas à terme, dans les rétrécissements extrêmes par conséquent, mais seulement dans ces cas-là, j'aurai recours à l'accouchement provoqué combiné à la symphyséotomie. Or, il faut bien le dire, nous ne rencontrons ces cas que très rarement dans nos services (1).

En second lieu, quant à la version, il est entendu, une fois pour toutes chez nous, que dans tous les rétrécissements du bassin, à moins d'une présentation de l'épaule ou du siège irréductibles, nous faisons tous nos efforts pour avoir une présentation du sommet, et j'ai été très net sur ce point, Varnier également. La version ne sera chez nous qu'une opération de nécessité, jamais une opération de choix. Il peut se faire qu'une circonstance quelconque m'oblige à faire la version. mais, je le répète, étant donné ce que je sais, à l'heure actuelle, les grandes lignes qui seront dès maintenant suivies par moi-même et mes collaborateurs sont celles que nous avons exposées plus haut.

M. Bar. — Je suis particulièrement heureux d'avoir posé la question que j'ai faite tout à l'heure. Car voilà le problème posé au point de vue des indications avec une netteté, à mon sens absolument parfaite, et nous allons pouvoir discuter sans nous égarer.

Une chose m'a profondément étonné; c'est que M. Pinard ait pu

(1) En 10 ans, à Lariboisière et à Baudelocque, je n'ai vu que 3 de ces rétrécissements extrêmes. A. P.

faire 19 symphyséotomies, ayant un service dans lequel on fait 1800 accouchements par an, tandis que, dans mon service de l'hôpital St-Louis, où nous rayonnons à l'intérieur du service et à l'extérieur sur un total de 2000 accouchements, je n'ai pas pu faire encore une symphyséotomie. Chaque fois que j'ai voulu en faire une, la femme a accouché toute seule.

Je pensais bien que s'il y avait entre M. Pinard et moi, — je demande pardon à M. Pinard de parler de moi en pareil cas, mais il est mon collègue des hôpitaux et comme chef de service je dois aux élèves de mon service de leur donner la raison de ma pratique, — je pensais que s'il y avait entre M. Pinard et moi une différence pour les chiffres, c'est parce que nous n'opérons pas de la même façon et que M. Pinard ne fait pas l'accouchement prématuré.

Je vais tout d'abord faire une profession de foi bien sincère. Je considère que M. Pinard et ses élèves ont rendu un service immense en attirant l'attention sur la symphyséotomie. Je suis absolument convaincu par tout ce que nous a dit M. Farabeuf, au point de vue didactique et théorique ; convaincu de l'importance des documents que nous ont apportés M. Pinard et ses élèves et les honorables préopinants qui se sont montrés partisans de la symphyséotomie. Mais, est-ce tout ? Non ! Il y a autre chose.

Il ne suffit pas de dire qu'on peut faire la symphyséotomie, que cette opération peut être utile. Est-ce une opération de choix dans les bassins rachitiques ? C'est ce que nous allons voir.

Il y a deux cas différents au point de vue de la conduite à tenir.

Nous sommes appelés auprès d'une femme en travail — nous subissons les événements —; avec les moyens dont nous disposons, avec les connaissances que nous ont apprises M. Pinard et ses élèves, je le répète volontiers, car ils ont tout le mérite en cette affaire, après l'école napolitaine, possédant ces connaissances, nous n'hésiterons pas à faire la symphyséotomie s'il y a disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin. A cet égard, c'est une opération qui doit entrer dans la pratique. Mais, ces cas sont-ils donc si fréquents et faut-il, de gaieté de cœur, ne plus faire d'application de forceps ni de version comme opérations devant terminer l'accouchement ? Pour mon compte personnel, j'ai été un peu touché, je dois le reconnaître, par la communication de M. Varnier. M. Varnier nous a dit — ses pa-

roles dépassant peut-être sa pensée, — qu'aujourd'hui il n'était pas un accoucheur français qui voulût faire la version. Je lui en demande pardon, je la fais et je ne m'en trouve pas mal.

Mais, voici. Il nous a apporté des statistiques et M. Guéniot très justement nous disait l'autre jour à propos du curage : Vouloir faire toujours le curage, ce n'est pas de la clinique. Je dirai moi aussi, vouloir faire toujours un forceps ou la version, ce n'est pas de la clinique. Il faut, suivant les cas, recourir à l'un ou à l'autre, et voici ma conduite : Chaque fois qu'une femme à bassin rétréci vient dans mon service, je considère le volume de la tête fœtale, son siège, et une chose dont on parle trop peu dans les livres, l'état des parties molles ; je vois s'il y a un vagin étroit, s'il y a des difficultés pour aller chercher le pied, pour faire évoluer le fœtus et le faire passer à travers la filière pelvienne et même à travers les parties molles. Et quand j'ai affaire à une primipare avec un col un peu gros dans sa lèvre antérieure, avec une grosse bosse séro-sanguine s'appliquant sur la partie antérieure du col, la poche des eaux s'étant rompue depuis quelque temps, le bassin étant rétréci, le vagin étroit, je ne fais pas la version mais une application de forceps et je m'en trouve bien.

Je me rappelle qu'étant interne à la Maternité nous avions une sage-femme Mme Callé, qui laissait longtemps en travail les femmes à bassin rétréci. Quand je venais le soir examiner ces femmes, trouvant la tête au détroit supérieur, je disais : « l'accouchement ne se fera pas », et je me réjouissais de dire le lendemain à M. Tarnier : « Vous allez faire un forceps au détroit supérieur. » Or, le lendemain, la femme était accouchée. Je parle bien entendu des cas où la disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin n'est pas énorme.

A côté de ces cas, il y en a d'autres dans lesquels il s'agit de multipares ayant des parties molles absolument souples, dont le col se dilate comme on veut, chez qui les membranes sont intactes, qui nous viennent avec une tête mobile : je fais la version et je m'en trouve bien. Hier, je suis arrivé en retard à la séance parce que, avant-hier, j'avais mis une sonde à une femme qui avait eu une première fois une basiotripsie, qui avait accouché une seconde fois grâce à la sonde, qui la troisième fois avait accouché chez mon collègue M. Champetier de Ribes avec son ballon, ayant eu une présentation de l'épaule je crois, et un enfant mort.

Cette femme était venue me retrouver à St-Louis et j'avais introduit une sonde dans l'utérus. Le bassin mesurait 77 millim. Ce sont les bassins à symphyséotomie de M. Pinard. J'ai bien pensé à faire la symphyséotomie ; mais je me suis décidé à ne pas attendre et à appliquer une sonde et je suis arrivé hier à 1 heure de l'après midi trouvant la dilatation complète, la poche des eaux intacte, la tête roulant au-dessus du détroit supérieur. J'ai fait la version et j'ai eu un enfant vivant pesant 2900 gr. Il a parfaitement passé à travers un bassin rétréci de 77 millim.

N'ai-je pas rendu service à cette femme ?

J'en suis donc arrivé à penser que quand une femme est en travail et qu'on peut affirmer que la tête ne doit pas passer, si elle est bien fixée au détroit supérieur, il faut faire la symphyséotomie. Mais quand il n'y a pas une disproportion colossale entre la tête et le bassin, il faut attendre. Si c'est une primipare, on pourra faire une application de forceps si l'on attend. Si c'est une multipare et que la tête ne soit pas très volumineuse, qu'on ne se laisse pas séduire par l'idée que la version sera toujours fatale. Je ne puis pas apporter de chiffres aussi concluants que ceux de M. Varnier, mais ceux de mon service lui montreront qu'une version bien faite donne de bons résultats pourvu qu'on en pèse les indications.

Donc j'admets parfaitement la symphyséotomie dans certains cas, mais je me sépare complètement de M. Pinard, avec tout le respect que je lui dois, qu'il me permette de le lui dire, quand il s'agit de l'accouchement prématuré et voici mes raisons :

Que peut-on objecter à l'accouchement prématuré ? La mortalité des femmes... Il n'y en a pas. Nous sommes donc tous d'accord à cet égard.

Reste la mortalité infantile. Qui peut-on accuser? D'après ses statistiques, notre maître commun, M. Tarnier, est arrivé à une mortalité de 18 0/0. J'ai fait le relevé de plus de 40 accouchements provoqués dans mon service et j'arrive à peu près au même chiffre de 1/5 Mais en regardant mes observations j'ai vu que s'il y avait mortalité dans un cinquième des cas, en réalité, il y en avait beauconp dans lesquels j'avais provoqué l'accouchement poussé par les circonstances, la femme arrivant tard dans le service, et je croyais qu'il y avait avantage à provoquer l'accouchement. C'est ainsi que j'ai eu des cas défavorables. Mais, voyons ce

qui arrive quand on attend. Est-ce qu'à coup sûr la symphyséotomie protège l'enfant contre la mort? M. Pinard a rapporté trois cas de mort sur 19 (1). Je lui dirai encore ceci. Vous avez rapporté

(1) Voyez plus haut les causes de ces 3 décès d'enfants. En comptant comme comptent les défenseurs de l'accouchement prématuré provoqué, celà fait 15 0/0 de mortalité fœtale. Comparez avec les 18 0/0 de la statistique de M. Tarnier, recueillie dans un service où « les malades sont particulièrement choyées, dans une clinique où se trouve un personnel considérable, instruit », statistique que voici :

Du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1892, à la clinique de la rue d'Assas, 44 accouchements prématurés provoqués dont :

1 pour une cardiopathie;

1 pour anémie pernicieuse progressive ;

1 pour une amaurose progressive ;

41 pour des rétrécissements pelviens.

Mortalité maternelle nulle, étant donné que la seule femme qui ait succombé était moribonde lorsqu'elle fut opérée (anémie pernicieuse progressive).

La mortalité infantile a été de 18 0/0 ; 4 enfants sont venus mort-nés (entre autres l'enfant de la femme anémique) ; 4 sont morts après la naissance. La proportion des enfants *sortis vivants* du service a été de 82 0/0.

Sur les 41 cas de rétrécissement pelvien, on relève :

Bassins	au-dessus de 105 millim.		15
—	—	de 105 à 100	10
—	—	de 100 à 95	8
—	—	de 95 à 90	2
—	—	de 90 à 85	2
—	généralement rétréci		1
—	asymétriques		3

De cette statistique nous rapprocherons les suivantes, afin que nos lecteurs puissent juger en toute connaissance de cause :

1° C. Braun (1)	sur 54 cas	38 0/0	de mortalité fœtale
2° Ahlfeld (2)	sur 97 cas	39,61 0/0	—
3° Pinard (3)	sur 100 cas	33 0/0	—
4° Léopold (4)	sur 81 cas	36,6 0 0	--
5° Rumpe (5)	sur 14 cas	28,6 0/0	—

(1) C. Braun. Der Kaiserschnitt und seine Stellung, etc. *Centralblatt f. Gynäk.*, 1891.

(2) Roming. Die resultate von 105 Frühgeburtseinleitungen, etc. Dissert. inaugurale. Marbourg, 1891.

(3) Pinard. *Annales de gynécologie*, janvier 1891.

(4) Buschbeck. Beitrag zur künstlichen Fruhgeburt wegen Beckenenge in *Arbeien aus der Königlichen Frauenklinik in Dresden*. Leipzig, 1893, page 93.

(5) Rumpe. *Archiv. f. Gynäk.* T. XXI.

trois cas de mort sur 19 mais pour des malades particulièrement choyées, dans une clinique où se trouve un personnel considérable, instruit. Il faut bien avouer que les conditions dans lesquelles sont les malades de M. Pinard ne sont pas celles de nos malades, avec notre personnel restreint, alors que nous sommes obligés de faire un peu tout par nous mêmes. Et alors, je crois pouvoir émettre cette proposition que si les enfants nés avant terme meurent assez souvent, quand il y a un bassin rétréci, après l'accouchement provoqué, les causes de mort, par procidence du cordon, présentations vicieuses doivent-être sensiblement égales quand la femme accouche à terme. Il ne doit y avoir au détriment de l'accouchement prématuré qu'une seule chose : la faiblesse congénitale des enfants qui agit en rendant les traumatismes plus graves d'abord. En outre — si je vais au fond des choses c'est peut être l'idée de M. Pinard — il dit : par la symphyséotomie j'ai un enfant de 3200, 3400 gr. vivant et vous, par l'accouchement prématuré vous avez un petit faiblard que vous n'élèverez pas. Ce doit être le fond de sa pensée. Eh bien ! si c'est la vérité, je poserai cette question à M. Pinard.

Il est bien entendu que dans les cas de viciation extrême, il ne fait pas la symphyséotomie mais préfère l'accouchement provoqué ?

6° Olshausen (1)	sur	15 cas......	40 0/0	—
7° Haidlen (2)	sur	38 cas.. ...	32,3 0/0	—
8° Fehling (3)	sur	13 cas......	15,4 0/0	—
9° Wyder (4)	sur	10 cas......	50 0/0	—
10° Schönberg (5)	sur	36 cas......	41,7 0/0	—
11° Olshausen (1)	sur	18 cas......	22 0/0	—
Total..........	sur	470 cas......	34,3 0/0	de mortalité fœtale.

En d'autres termes, sur 434 enfants (abstraction faite des 36 cas de Schönberg pour lesquels on n'a pas le chiffre des morts) 154 *morts* et 280 *vivants*... le jour où ils sont sortis des maternités qui les ont vus naître prématurément.

Voilà, sans aucun doute, la mortalité infantile *moyenne* de l'accouchement provoqué. H. V.

(1) *Klinische Beiträge*, p. 164, et TAUBERT, *Beitrag zur Lehre von der Künstl. Frühgeburt*. Diss. inaugur. Berlin, 1891.

(2) *Centralb. f. gynäk.*, 1885.

(3) *Centralb. f. gynäk.*, 1886.

(4) WYDER. Perforation, Künstliche Frühgeburt und Sectio cæsarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken.

(5) *Centralb. f. gynäk.*, 1891.

M. PINARD. — Je les combine.

M. BAR. — Vous réservez votre attente pour des cas où le bassin mesure 7c et au dessus.

M. PINARD. — Oui.

M. BAR. — Eh bien ! vraiment quels sont les enfants qui passent dans des bassins de 7c. et au-dessus? Des enfants de 2400 à 2700 grammes.

A qui peut — il venir à l'idée de penser qu'un enfant de 2300 à 2500 gr. muni d'une bonne nourrice, ne va pas très bien se développer? Il se développera très bien. Ceux qui ont à craindre sont ceux qui pèsent moins de 2000 gr. et ce sont précisément ceux qui passent dans les bassins rétrécis à l'extrême sur lesquels M. Pinard ne fait pas la symphyséotomie d'emblée (1).

En résumé, je dis ceci : je suis absolument partisan de l'accouchement prématuré dans tous les bassins moyens que nous voyons parce que je dis qu'avec l'accouchement prématuré les enfants ne seront exposés qu'à des accidents sensiblement égaux à ceux qu'ils couraient autrefois par la longue durée du travail. Mais seront-ils viables? Oui. Seront-ils moins élevables? Non. Et que restera-t-il une fois l'accouchement fait : certaines angoisses, certains ennuis. Mais que seront ces ennuis auprès de ceux que vous aurez par la symphyséotomie? Car je suis convaincu que dans tous les cas où l'on porte le couteau sur une femme on lui fait courir des risques.

M. Pinard a apporté 19 cas sans mort; d'autres en ont eu. M. Pinard a eu une série heureuse. Mais vous savez qu'il n'est pas un seul ovariotomiste, si habile qu'il soit, qui ne considère cette opération comme dangereuse. Aussi suis-je absolument de l'avis de M. Fochier. Quand on a la ressource de provoquer l'accouchement prématuré, c'est-à-dire d'assurer la vie de la femme, quand on a presque la certitude d'avoir un enfant élevable, ce n'est pas un infanticide de provoquer l'accouchement; tandis qu'en faisant la symphyséotomie, on fait courir à la femme des dangers réels, considérables, et on a d'autres angoisses, d'autres ennuis

(1) Un bassin de 6 cent. (voyez les calculs de Farabeuf) donne passage, grâce à un écartement de 7 cent., à un bi-pariétal de 91. Le bassin de 6 cent. avec la combinaison accouchement prématuré-symphyséotomie, laissera donc passer un fœtus beaucoup plus développé qu'un bassin de 7 ou de 8 par le seul accouchement provoqué. H. V.

que ceux qu'on peut avoir pour élever un enfant né un petit peu faible.

M. PINARD. — Je serai très bref dans ma réponse qui portera sur trois points. Le premier point est le suivant : M. Bar a été extrêmement étonné de voir que je faisais autant de symphyséotomies alors que lui, dans son service, en faisait si peu. Il a ajouté : « Mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que je faisais beaucoup plus d'accouchements provoqués que M. Pinard ». C'était déjà une raison, mais elle n'est pas la seule. M. Bar a probablement oublié ce que je disais dans ma communication, à savoir que chez 16 de ces femmes il y avait eu 30 grossesses antérieures, traitées par l'accouchement provoqué dans 11 cas, et qui avaient abouti en somme à la naissance de deux enfants qui s'étaient élevés.

Depuis un peu plus longtemps que M. Bar, — malheureusement pour moi, — je suis dans les hôpitaux; et on finit par avoir une clientèle hospitalière. De sorte qu'il y a des femmes à bassin rétréci qui viennent constamment chez moi. J'ai peut-être aussi profité du voisinage de la Maternité, je n'en sais rien. Mais encore une fois, je puis le dire, et je le regrette pour mon collègue M. Porak, je lui ai enlevé beaucoup de rétrécissements de Lariboisière et j'ai emmené ma clientèle à Baudelocque. Maintenant, il peut se faire que M. Porak ait enlevé celle de St-Louis à M. Bar et que ce dernier n'ait plus d'opérations à faire. Mais, passons.

Sur le second point, M. Bar dit : Dans un bassin de 7 c. passe un enfant de 2400, 2500 gr. Je voudrais bien qu'il m'apprenne avec quel instrument il pèse l'enfant dans le sein de la mère pour être certain dans tous les cas de le faire passer, et si, dans sa statistique, il n'a pas fait naître des enfants de 1800 gr. Ce matin, je demandais des statistiques complètes, intégrales, avec indications détaillées. Voyez combien ce serait nécessaire ; si M. Bar avait la sienne, combien il pourrait s'appuyer sur des faits, comme moi je m'appuie sur les miens. Je termine en disant d'autre part : la série heureuse, je la connais mieux que personne. Il y a dans le livre de M. La Torre les résultats fournis par l'accouchement provoqué pendant trois ans dans mon service de Lariboisière, il y a longtemps. J'ai eu le plus beau résultat puisque j'ai 88 0/0 d'enfants qui sont sortis vivants de mon service. Je ne connais

pas encore d'auteur, à l'heure actuelle, ayant un résultat semblable.

Peut-être avais-je quelque habitude à provoquer l'accouchement. J'ai publié une statistique lorsque je suis arrivé au 100e cas d'accouchement provoqué. On peut se servir de cette statistique. Pourquoi donc ai-je abandonné l'accouchement provoqué? Mais, Monsieur Bar, c'est pour les deux raisons suivantes : c'est que j'intervenais souvent trop tôt; j'avais alors un enfant mucilagineux, rouge, qui, malgré tous les soins, ne survivait pas. Et, à propos des soins à donner aux nouveau-nés, vraiment, à votre tour, laissez-moi vous adresser un compliment, car vous avez fait pour le gavage, l'élevage des nouveau-nés, tout ce que la science et le dévouement peuvent faire. Donc vos enfants sont aussi bien soignés que les nôtres; et peut-être n'avons-nous pas l'expérience du gavage, de la couveuse et de l'oxygène comme vous l'avez. Par conséquent, c'est avant tout parce que, dans maintes circonstances, l'enfant n'avait pas assez d'aptitude à vivre de la vie extra-utérine; ensuite, c'est parce que dans d'autres circonstances aussi — et aujourd'hui vous êtes moins malheureux puisque vous avez la symphyséotomie — on intervenait trop tard et on était obligé de tuer l'enfant parce qu'il était trop gros, que j'ai abandonné l'accouchement prématuré.

Mais, ne nous lançons pas dans la théorie. Nous ne changerons rien à nos idées, à nos convictions, aujourd'hui. Travaillons chacun de notre côté; observons, venons ici dire, l'année prochaine ou dans deux ans, si une année ne nous suffit pas : Moi, en suivant telle méthode, voici ce que j'ai obtenu; vous, avec telle autre, voici ce que j'ai obtenu. Et il n'en est aucun de nous qui, en présence de résultats supérieurs, n'abandonnera pas son procédé s'il donne de moindres résultats.

Voilà tout ce que j'ai à dire.

M. Budin. — Je désirerais dire quelques mots seulement.

La communication si intéressante de M. Varnier a le mérite d'être très nette : bassin rétréci, symphyséotomie et forceps consécutivement. Dans les bassins rétrécis, plus de forceps simple, plus de version. Fi donc! Dans les bassins rétrécis, plus d'accouchement prématuré, à moins qu'il ne doive être suivi de symphyséotomie. Nous sommes interventionnistes, dit M. Pinard, mais mon excellent collègue pourrait dire aussi, nous sommes inter-

ventionistes monocordes : nous ne faisons qu'une intervention.

M. Varnier s'appuie sur des statistiques; il a pris des statistiques même d'avant la guerre et alors il a donné des chiffres qui peuvent être discutables.

M. VARNIER. Une seule des statistiques sur lesquelles je m'appuie est antérieure à 1870, et je l'ai dit nettement. Les autres, toutes les autres sont d'hier.

M. BUDIN. Je regrette qu'il ait laissé de côté, bien qu'il l'ait signalée, la statistique de M. Tarnier sur l'accouchement prématuré artificiel; et surtout qu'il ait laissé de côté, ce qui va m'obliger à me répéter, la statistique que j'ai donnée hier à la Société (1).

Vous vous souvenez que depuis que mon nouveau service est ouvert à la Charité (octobre 1891), en prenant les cas de bassins viciés pour lesquels on est intervenu, il y a eu 25 accouchements artificiels; j'ai dû faire 12 applications de forceps qui m'ont donné 12 enfants vivants. J'ai fait 9 versions; je vous ai dit que dans un cas la version avait été faite parce que l'enfant se présentant avec une procidence du cordon, je n'avais pas eu le temps d'arriver, qu'on n'avait pas pu le ranimer; que pour les autres cas, chose extraordinaire, il y avait eu huit enfants vivants et que, chose plus extraordinaire encore, de ces huit cas de version, il y en avait cinq qui avaient été faites alors que le forceps avait été impuissant à engager la tête.

---

(1) Résultats des accouchements chez les femmes rachitiques, observés dans le nouveau service de la Charité d'octobre 1891 à avril 1893 (les vacances exceptées).

131 bassins viciés ainsi répartis :

1° Bassins mesurant dans leur *diamètre promonto-pubien minimum* 10 cent. et plus :

76 accouchements : 68 spontanés,
1 embryotomie,
5 applications de forceps,
3 versions.

2° Bassins mesurant dans leur *diamètre promonto-pubien minimum* de 9 à 10 cent. :

28 accouchements : 23 spontanés,
2 applications de forceps,
3 versions.

3° Bassins mesurant dans leur *diamètre promonto-pubien minimum* de 8 à 9 cent. :

Ne vaudrait-il pas mieux se demander pourquoi ces différences entre nos manières de faire et chercher quelle peut être la cause qui fait que, mon Dieu, je crois avoir réussi, les faits sont indiscutables, réussi même au delà de mon espérance, dans certains cas, avec la version, dans des bassins rétrécis (les observations seront données en détail) et j'ai obtenu des enfants vivants au delà de toute espérance.

Il faudrait donc chercher pourquoi il y a des différences, a lieu de rejeter sans discussion la version ou les autres opérations.

J'ai eu le temps d'envoyer chercher quelques figures et je crois qu'il faut distinguer les cas.

Nous avons vu M. Pinard très partisan de l'accouchement prématuré pendant un certain temps; il a publié sa statistique et tout à coup, il abandonne l'accouchement prématuré. Nous avons vu notre excellent collègue vanter à outrance l'application de forceps au détroit supérieur faite uniquement dans le sens antéropostérieur, une cuiller sur l'angle sacro-vertébral, l'autre derrière la symphyse, tête fléchie pour s'engager; et, après avoir soutenu vivement cette opération, il l'abandonne pour en arriver à ne plus faire que la symphyséotomie.

Nous avons vu quelques-uns de nos collègues nous dire que dans un certain nombre de cas, la version faite dans les bassins rétrécis pouvait permettre d'avoir des enfants vivants grâce à

---

20 accouchements : 15 spontanés,
2 applications de forceps,
3 versions.

4° Bassins mesurant dans leur *diamètre promonto-pubien minimum* moins de 8 cent. :

3 accouchements : 1 application de forceps,
2 versions.

5° Bassins généralement rétrécis :

4 accouchements : 1 application de forceps,
1 accouchement prématuré provoqué,
2 symphyséotomies.

Mortalité maternelle, 0 0/0; morbidité 7,63 0/0.

Mortalité infantile 8,40 0/0. Mais, comme trois enfants étaient morts avant l'entrée et que pour ceux qui ont succombé à des causes diverses, après leur naissance, l'accouchement avait été spontané et facile, la mortalité infantile par forceps (12 cas), par version (8 cas), par accouchement prématuré provoqué (1 cas) est égale à 0.

une manœuvre que M. Pinard lui-même a appelé manœuvre de Champetier de Ribes.

Comment se fait-il donc qu'il y a des différences? J'ai été très heureux, tout à l'heure, de l'appui que m'a donné M. Fochier. Il a dit : mais, il y a des cas dans lesquels la tête passe au niveau du détroit supérieur dans les bassins rétrécis et par un mécanisme particulier. Cette tête se défléchit en partie ; elle se laisse déprimer au niveau du diamètre bi-temporal et alors ce diamètre se trouve en rapport avec le diamètre minimum. Poussée par les contractions utérines, cette tête s'engage.

Ajouterai-je, pour ma part, que dans un certain nombre de cas où la tête appliquée au niveau du détroit supérieur semblait déjà devoir passer, mais où les contractions utérines étaient impuissantes à la faire passer, tirant parti de ce qui avait été obtenu par les contractions, de la dépressibilité de la tête, de cette immobilisation de la tête au détroit supérieur, en faisant avec la cuiller un simple cathétérisme, en ne déplaçant pas la tête, en appliquant l'instrument très doucement, en me bornant à ajouter à la *vis a tergo* une *vis a fronte* par le forceps, on a vu la tête s'en gager descendre, et l'enfant naître vivant sans avoir subi aucun traumatisme.

Si c'est ainsi que les choses se passent, en est-il de même quand, au lieu de laisser la tête ainsi en partie défléchie s'engager, on la refoule au détroit supérieur et qu'on fait une application de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur, sur la tête fléchie, et en sera-t-il de même dans les cas où vous aurez un enfant avec la tête mobile au-dessus du détroit supérieur, où les contractions utérines auront suffi à amorcer cette tête sans tendre à l'engager ?

Quand la tête se trouve arrêtée au niveau du détroit supérieur, si elle se trouve ainsi fléchie, saisie par les deux cuillers, est-ce que comme vous l'avez vu tout à l'heure, elle va essayer de s'engager par le diamètre bi-temporal ou par un diamètre voisin? Pas du tout. La tête fléchie présente, au niveau du détroit supérieur, le diamètre bi-pariétal qui est le plus grand des diamètres transverses de la tête et le moins réductible. C'est ainsi qu'en saisissant la tête avec le forceps, en la plaçant fléchie, on tend à la faire passer, non pas comme la nature tend à la faire passer, mais par son diamètre le plus grand et le moins réductible.

par le diamètre bi-pariétal. Et, il y a quelqu'un qui ne dira pas que cette figure est inexacte, c'est M. Varnier, car elle est empruntée à son livre avec M. Farabeuf (1).

M. VARNIER. — Cela ne veut pas dire que le mécanisme que vous nous opposez soit exact.

M. BUDIN. — Je dis que la figure est exacte.

Par conséquent, vous voyez que dans certains cas, avec la tête défléchie, vous réussirez à faire passer cette tête en ajoutant à la *vis a tergo* une *vis a fronte* par le forceps. Si, au contraire, vous faites une application de forceps sur une tête mobile au-dessus du détroit supérieur, vous aurez beaucoup de mal parfois à l'engager et j'ajoute — et M. Pinard et ses élèves l'ont même écrit — que l'application de forceps dans ce cas n'est pas facile ; elle est quelquefois très difficile. Et, si elle est difficile pour des opérateurs aussi habiles que mon collègue M. Pinard, elle ne le sera pas moins pour des opérateurs moins expérimentés, pour les simples praticiens.

A côté du forceps, il y a la version, et il y a une chose qui m'a profondément surpris. A une époque où nous n'avions pas la symphyséotomie, où on en était réduit à faire l'embryotomie quand la tête ne passait pas avec le forceps, quelques collègues ayant échoué avec le forceps, moi-même ayant échoué, j'ai voulu, avant de me décider à perforer le crâne, me disant que je pourrais toujours le faire un peu plus tard, j'ai voulu essayer d'extraire l'enfant par la version. Dans un certain nombre de cas, à ma grande surprise, j'ai fait passer plus facilement que je ne le croyais des enfants vivants alors que le forceps avait échoué; et depuis 18 mois, j'ai extrait cinq enfants vivants par la version alors que le forceps avait échoué. J'ai aujourd'hui à votre disposition les observations dans lesquelles le forceps a échoué alors que la version a donné des enfants vivants.

Pourquoi donc les enfants passent-ils et pourquoi avons-nous obtenu des succès, car je ne suis pas le seul. Ne faudrait-il pas chercher les raisons et n'y a-t-il pas là des conditions mécaniques sur lesquelles nous pourrions faire de nouveau des recherches expérimentales. J'en ai fait autrefois et j'en ai fait récemment parce que, je le répète, j'ai été frappé des résultats obtenus.

---

(1) Fig. 358, p. 453.

Il y a dans la lecture qui a été faite par M. Varnier une observation qui m'a vivement intéressé. Il nous a raconté l'histoire (1) du Dr Garrigues : on croyait l'enfant mort; le Dr Garrigues finit par mettre le doigt dans la bouche et fut tout surpris de voir l'enfant faire un mouvement de succion. Rappelez-vous ce fait, il est absolument probant. Ne vaudrait-il pas mieux se demander pourquoi on échoue dans certains cas avec la version et pourquoi pas dans d'autres ?

C'est que dans un grand nombre de cas on n'a pas la précaution d'aller mettre le doigt dans la bouche (2). L'expérience du mannequin montre que si on tire sur le tronc sans avoir rien fait au préalable, la tête reste au détroit supérieur sans s'engager. La tête se défléchit ; on voit s'arrêter sur le rétrécissement le diamètre bi-malaire ; on a beau tirer rien ne descend et quand ce rétrécissement est considérable, bien souvent le menton descend en avant, au niveau de l'éminence ilio-pectinée et l'on a une certaine peine à mettre le doigt dans la bouche. Si au contraire, vous commencez par mettre le doigt dans la bouche en fléchissant la tête, que faites-vous ? Vous avez mis la nuque en rapport avec la ligne innominée et vous avez repoussé la tête sur le côté le plus large du bassin, mettant le diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin en rapport avec le diamètre le plus petit du bassin. Non seulement, ce diamètre se trouve être le plus réductible, mais encore la tête se trouve comprimée par la traction sur le maxillaire inférieur et toute la réductibilité est obtenue. Et si vous ajoutez la pression exercée sur la région frontale au moment de la traction, quand on presse par en haut, la nuque étant en rapport avec la ligne innominée, la tête descend et sort (3).

Peut-on faire cela dans les bassins rétrécis et obtiendra-t-on le même résultat dans tous ? Non ! et voilà ce qui est important.

Voici une figure *schématique* où il y a trois figures superposées. Vous avez là une ligne noire représentant un bassin dont le diamètre antéro-postérieur est égal à 8 cent.; c'est un bassin géné-

---

(1) Voyez plus haut l'observation en question.

(2) Jusqu'à nouvel ordre on doit croire que c'est sans doute la pratique des grands accoucheurs auxquels nous avons emprunté les chiffres rapportés plus haut. H. V.

(3) Combien d'enfants vivants, pas sur 8 mais sur 100 ? Toute la question est là. H. V.

lement rétréci. Il y a non seulement diminution du diamètre antéro-postérieur mais du diamètre transverse. Dans le bassin représenté par la ligne bleue, le diamètre antéro-postérieur est toujours de 8 cent. avec un espace plus grand sur les parties latérales; c'est un bassin plat, ayant la forme de cœur de carte à jouer, toujours avec le même diamètre antéro-postérieur. Mais sur les côtés voyez quelle différence. C'est dans ces cas qu'à sa grande surprise on voit passer des enfants à tête volumineuse alors que le diamètre antéro-postérieur paraissait considérablement rétréci.

Par conséquent, je crois qu'il faut tenir compte non seulement du diamètre antéro-postérieur, mais de la forme du bassin et que dans certains cas avec l'accouchement prématuré on aura de très bons résultats; que dans certains cas, faite de certaine manière, avec une tête appliquée au détroit supérieur et tendant à s'engager, la simple *vis a fronte* ajoutée à la *vis a tergo*, pourra donner un enfant vivant; et vous serez surpris, comme je l'ai été moi-même, de la facilité avec laquelle passent des têtes vraiment volumineuses.

Par conséquent, il ne faut pas de parti pris rejeter le forceps, la version ou l'accouchement provoqué.

Certes la symphyséotomie rendra des services dans d'autres cas où le bassin est généralement rétréci, et surtout dans ces cas là. Dans deux cas, j'ai fait la symphyséotomie et, au point de vue de la femme, je m'en suis très bien trouvé et je crois qu'elle est indiquée dans certains cas précis. Mais, étant donné le danger qu'elle fait courir, et on publiera plus tard d'autres observations, vous verrez que cette opération n'est pas absolument inoffensive, de sorte qu'un certain nombre de médecins préféreront encore avoir recours au forceps, à la version et à l'accouchement prématuré, et que les femmes, si on pouvait les consulter et les mettre au courant des risques qu'elles courent, préféreront les opérations anciennes aux opérations nouvelles qui paraissent plus brillantes.

J'accepte, pour ma part, ce rendez-vous qui nous est donné. Je l'ai devancé en apportant les résultats de mon service. Mais, contrairemenr à ce que dit mon collègue, je ne ferai pas une seule opération, je les ferai toutes, même la symphyséotomie quand elle sera indiquée.

M. Pinard. — Je ne répondrai qu'un mot, malgré toute l'éloquence que nous venons d'entendre, n'étant pas sûr d'arriver à la

même hauteur, étant certain du contraire, étant certain aussi de fatiguer l'auditoire et de prolonger la discussion sans qu'on puisse aboutir à quelque chose de bien net.

On peut toujours faire une leçon; et je pourrais peut être en faire aussi une longue ; mais, comme je l'ai dit tout à l'heure, je ne changerai pas l'opinion de mes contracdicteurs et ils ne changeront pas la mienne. Je leur demande d'apporter des faits, beaucoup de faits, des faits précis et non des raisonnements. Et à ce propos, j'ai cru rappeler qu'il est des séries heureuses et que, si j'avais publié seulement une série de trois années dans mon service, j'aurais pu passer pour le plus habile au point de vue de la provocation de l'accouchement. Je m'étonne qu'étant si convaincu des résultats excellents fournis par l'accouchement provoqué, le forceps et la version, M. Budin ne nous ait apporté ses résultats que depuis octobre 1891, non compris les vacances. N'y a-t-il pas plus longtemps qu'il est chef de service? Est-ce parce qu'il a une maternité nouvelle? Mais je ne crois pas que la configuration architecturale nouvelle ait pu avoir une influence sur la mortalité des enfants par viciation pelvienne. Pourquoi ne nous a-t-il pas apporté ses résultats antérieurs? Cela aurait entraîné bien plus la conviction. J'ai été surpris de voir des enfants de 3,400-3,500 passer dans des bassins de moins de 8 cent. Voilà une habileté surprenante. Est-ce depuis 1891? Pourquoi M. Budin n'a-t-il pas publié ses résultats antérieurs? C'est depuis le début de son service qu'il aurait dû apporter ses statistiques, comme moi.

Je le répète : si depuis dix ans M. Budin les avait publiées, et qu'elles fussent toutes semblables à la dernière, je ne ferais pas autre chose que lui. N'ayant pas de mortalité fœtale dans les bassins viciés, je ne pratiquerais pas la symphyséotomie.

Du reste, il est inutile de continuer à discuter. Je crois que l'avenir, maintenant, est aux résultats et non aux raisonnements : Dans deux ans, dans trois ans, on verra si nous sommes dans le vrai.

M. Budin. — Je ne devrais véritablement pas répondre, parce que ceci me prouve que je n'ai pas toujours le plaisir d'être lu par mon collègue M. Pinard.

Tout le monde sait que, pendant longtemps, j'ai été malade et absent, ce qui ne m'a pas empêché de publier une leçon sur la sortie de la tête dans les rétrécissements du bassin. Dans cette leçon,

faite à la Clinique alors que je remplaçais le Pr Pajot en 1887-1888, après avoir indiqué le manuel opératoire, j'ai rapporté un certain nombre d'extractions d'enfants vivants par le forceps ou la version. Les faits que j'ai rapportés hier et aujourd'hui ont été recueillis dans mon service l'année dernière, il y a 18 mois, en présence de tout le monde et je puis vous garantir qu'ils sont absolument exacts.

(A ce moment, il se produit dans une partie du public des tribunes, une manifestation déplacée)

M. Pinard (à ceux qui manifestent). — Tout le monde ici ne m'a pas compris ; quelques-uns même semblent heureux de me faire injure en affectant de croire que j'ai contesté la sincérité des chiffres de M. Budin. Je n'ai rien dit qui puisse autoriser semblable interprétation de ma pensée. Je discute au point de vue scientifique. J'ai demandé et je demande simplement qu'on nous apporte une statistique intégrale, portant sur une assez longue période pour être démonstrative.

M. le Président. — M. Pinard n'a pas contesté la sincérité des chiffres de M. Budin.

La session est déclarée close.

DE L'UTILITÉ DES STATISTIQUES EN GÉNÉRAL ET DES STATISTIQUES INTÉGRALES EN PARTICULIER

Il y a, c'est l'évidence même, un intérêt de premier ordre à ne tenir compte, dans la discussion qui commence, que de statistiques intégrales, portant sur un grand nombre de cas.

Nous disons, je suppose : dans les bassins rétrécis la version donne une mortalité fœtale de 32,1 0/0 — calculée sur 234 cas. Le forceps au détroit supérieur donne une mortalité fœtale de 25 0/0 — calculée sur 114 cas.

Et on nous objecte : j'ai fait 12 applications de forceps dans des bassins viciés et j'ai eu 12 enfants vivants ; j'ai fait 8 versions et j'ai eu 8 enfants vivants. Mortalité fœtale : 0.

La réponse est facile, à moins qu'on ne soit dans une réunion anarchiste.

Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait, quoi qu'il fasse, des séries heureuses avec une opération manifestement fœticide.

Prenons la statistique de Léopold : on y voit des séries de 7, de

8, de 12 versions consécutives sans un décès. C'est pourtant le même opérateur qui a une mortalité fœtale de 30 0/0 sur une période de 10 ans et sur 172 cas.

Dans la statistique de C. Braun il y a une série de 13 versions consécutives sans un décès. Résultat : sur 189 cas, 29,3 0/0 de mortalité fœtale.

Dans la nôtre qui porte sur le forceps *au détroit supérieur*, nous trouvons également des séries de 10 et de 11 opérations consécutives sans un décès ; cela ne nous empêche pas d'avoir en 10 ans, sur 114 cas, 28 décès d'enfants imputables à l'opération Et il ne s'agit pas de forceps « dans des bassins viciés » sans indication du lieu où a été faite l'application ; on fait en effet « dans les bassins viciés » le forceps au détroit inférieur, dans l'excavation, au détroit supérieur et ce sont là, au point de vue de la gravité, des opérations très différentes. Nous répétons que dans notre statistique, qui porte sur 10 ans et sur 114 cas, il ne s'agit que d'applications de forceps *au détroit supérieur rétréci*.

La symphyséotomie, bien faite, qui supprime le rétrécissement et les causes de mort dues à l'obstacle mécanique (causes de mort qu'on ne peut nier, je pense) ne peut être sujette aux variations de méthodes aveugles et empiriques comme le sont et le seront toujours l'accouchement provoqué, le forceps et la version. Car ces méthodes, puisque méthodes il y a, consistent à essayer de faire passer, au petit bonheur, dans un bassin dont les dimensions et la forme *exactes* sont inconnues, un fœtus dont le poids, les diamètres, les circonférences et le degré de réductibilité céphalique sont également inconnus. Tant mieux si cela va ; tant pis pour l'enfant si quelque chose accroche.

D'autre part, il faudrait pourtant que les partisans des anciennes méthodes se décident à être logiques.

Ils se déclarent satisfaits de l'opération destinée à prévenir les résultats, néfastes pour l'enfant à terme, du conflit entre sa tête et l'anneau osseux qu'elle doit traverser, c'est-à-dire satisfaits de l'accouchement prématuré artificiel.

Sur 41 cas, disent-ils, cette opération n'a donné que 18 0/0 de mortalité fœtale. Nous répondons : celà n'empêche pas sa mortalité *moyenne*, calculée sur 400 cas contemporains, d'être en réalité de 34,3 0/0.

Mais, admettons pour un instant ce chiffre de 18 0/0 comme base de discussion.

S'il est considéré, et à juste titre, comme très beau, c'est sans doute que la mortalité fœtale à terme (que l'accouchement provoqué a pour but de diminuer) est supérieure à 18 0/0 ; mettons, si vous voulez, 25 0/0.

Sinon, si la mortalité fœtale est égale ou même inférieure, comme on le laisse entendre, à 18 0/0, il faut avouer que la provocation de l'accouchement avant terme est une pratique plus que singulière.

On ne peut pas sortir de là.

Ne vaudrait-il pas mieux convenir tout de suite que les statistiques microscopiques ne prouvent rien et que l'ancienne pratique, infanticide au premier chef, 1 fois sur 3, 4 ou 5 au choix, malgré tous les perfectionnements possibles, doit céder le pas à la nouvelle qui, aux mains d'opérateurs commençant à peine à l'épeler, vient de donner, du premier coup, en mettant les choses au pire, une mortalité fœtale *réductible* de 9 0/0 et une mortalité maternelle également réductible de 1 sur 117.

Mais, dira-t-on, les statistiques ne prouvent rien. Vous considérez les cas en bloc ; il faut considérer chaque cas en particulier.

Eh ! le bloc a du bon dans l'espèce.

Quand les cliniciens rompus à la pratique pourront démontrer que la distinction savante de chaque cas particulier les met à l'abri des échecs dus aux inconnues ci-dessus mentionnées, il restera encore à prouver qu'une méthode qui exige tant d'études et de perspicacité est à la portée du praticien, puisque le praticien est un argument.

Mais convenez que nous sommes loin de cet âge d'or.

D'ici là tenons-nous-en au bloc.

H. VARNIER.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

MM. MAUCLAIRE et PICHEVIN. — **Suppuration pelvienne unilatérale. Ablation des annexes. Récidive du côté opposé, laparotomie. Mort. — Comparaison avec l'hystérectomie vaginale.**

La malade, âgée de 21 ans, entre une première fois dans le service de M. Le Dentu, remplacé par M. Nélaton, en août 1891, pour une salpingo-ovarite du côté gauche. L'ablation des annexes de

ce côté est pratiquée; celles du côté opposé étant saines sont conservées. A la suite de cette opération la malade se trouva très soulagée pendant deux mois. Mais les douleurs reparurent bientôt du côté opposé, c'est-à-dire à droite, dans la région hypogastrique, et devinrent intolérables, malgré le repos au lit. La malade rentre de nouveau dans le service, en novembre 1892.

Elle souffre continuellement et d'une façon atroce. Les crises douloureuses sont plus marquées au moment des règles.

L'examen local permet de reconnaître les signes suivants : au palper abdominal on ne détermine aucune douleur et on ne sent aucune tuméfaction dans la fosse iliaque du côté gauche; à droite, au contraire, la région de la fosse iliaque est excessivement douloureuse, on y trouve une tuméfaction assez volumineuse, mais à limites peu nettes et qui s'étend en dedans vers l'utérus. Le toucher vaginal détermine à gauche, au niveau de la corne utérine une légère douleur. A droite, on sent une masse partant de l'utérus et se dirigeant vers le détroit supérieur.

En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal on sent qu'elle s'étend jusque dans la fosse iliaque. Elle est dure, placée très haut et dans le sens transversal. Elle est excessivement douloureuse à un simple attouchement.

Quant à l'utérus, il est en antéflexion. Rien de particulier dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le cul-de-sac postérieur.

La malade se plaint surtout des douleurs spontanées qu'elle éprouve et qui lui enlèvent son appétit et tout son sommeil. Le soir, elle présente une température de 38° à 38°,5. Après l'entrée de la malade à l'hôpital, ces symptômes locaux et fonctionnels paraissent aussi intenses, malgré un repos absolu au lit; aussi la malade demande avec instance à être opérée.

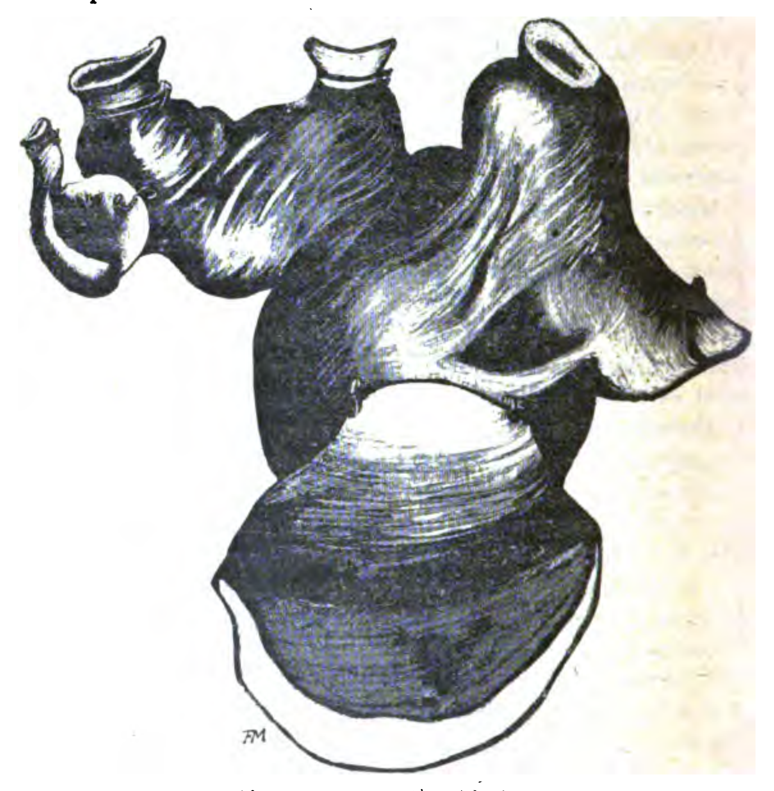
Nous pratiquons la laparotomie et non l'hystérectomie vaginale, étant donné le siège assez élevé de la tumeur. Le fond de l'utérus nous servant de guide, nous tombons à sa droite sur une masse occupant toute la partie latérale droite du petit bassin; elle est formée par une anse intestinale qui vient empiéter sur la corne droite de l'utérus à laquelle elle adhère. Cette anse s'étend ensuite transversalement au-dessus des annexes du côte droit, elle est complètement confondue avec elles et forme une masse irrégulière où à première vue il est impossible de reconnaître les limites de l'iutestin et celles de la trompe dilatée.

Cette masse se continue transversalement vers le détroit supérieur où la tumeur adhère très solidement. Malgré la prudence mise à décoller la poche purulente celle ci se crève et nous trouvons dans la masse dure qui sert de paroi à l'abcès, l'appendice iléo-cæcal entouré d'adhérences, mais absolument sain. Nous essayons ensuite d'isoler la poche salpingo-ovarienne de l'anse intestinale ; mais après avoir déterminé une déchirure de l'intestin, cette poche est laissée en place. Suture de l'intestin, lavage de la cavité péritonéale. Nettoyage et drainage des restes adhérents de la poche avec la gaze iodoformée.

Le soir température normale ; pouls 90, quelques vomissements. Le lendemain, température normale, pouls 120, deux vomissements. Aggravation brusque pendant la nuit et mort le jour suivant.

AUTOPSIE. — Nous trouvons les lésions suivantes : A gauche une anse intestinale passe sur la corne utérine et adhère intimement au pédicule tubaire. A droite, une anse de l'intestin grêle vient empiéter sur le fond de l'utérus, y est rattachée par de nombreuses et solides adhérences ; cette anse se dirige transversalement de dedans en dehors et se confond avec la partie supérieure du ligament large droit qui est fibreux, dur, rénitent. Il est impossible de reconnaître la trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire. Ces organes sont absolument fusionnés et c'est par une dissection attentive qu'on arrive, en sculptant les tissus, à distinguer la trompe. L'anse intestinale s'étend jusqu'à la ceinture pelvienne en passant des insertions solides sur la partie supérieure du ligament large induré. A la partie la plus externe de ce plan fibreux, on trouve une masse du volume d'un œuf de dinde. Dans cette masse dure, sclérosée, très adhérente au squelette, se trouve une cavité anfractueuse capable de recevoir une petite noix. C'est dans cette cavité que se trouvait le liquide purulent, qui s'est écoulé pendant l'opération. Cette masse adhérait par sa partie antérieure à l'anse d'intestin déchirée et saturée. Elle était creusée d'une cavité correspondant au pavillon de la trompe et à l'ovaire, mais ces organes sont désorganisés, indurés, à peine reconnaissables après dissection. L'abcès siégeait donc loin de l'utérus, dont il était séparé par des anses intestinales ; il adhérait au détroit supérieur au niveau du diamètre transversal de celui-ci. Le rectum dhérait à la face postérieure du corps de l'utérus, sur une éten-

due de un centimètre environ. Les anses intestinales voisines étaient congestionnées et adhérentes à la gaze iodoformée qui nous avait servi à faire le tamponnement. Rien de particulier à noter pour les autres viscères de la cavité abdominale.



RÉFLEXIONS. — Nous avons pratiqué la laparotomie parce que les lésions étaient situées assez haut et que nous pensions plus facilement extirper cette poche par l'incision abdominale que par l'hystérectomie vaginale. Notre conduite s'est trouvée justifiée par le résultat de l'autopsie. En effet, par l'hystérectomie vaginale, nous aurions peut-être ouvert le rectum, et très probablement l'anse intestinale qui adhérait au pédicule tubaire gauche, et certainement celle qui faisait corps avec la partie supérieure du ligament large droit et avec le fond de l'utérus. Quant aux annexes malades, nous n'aurions pas pu les extirper : l'abcès lui-même

aurait dû être laissé en place car il était inaccessible aux doigts et aux instruments, bien qu'au toucher vaginal il me parût pas siéger aussi haut. L'hystérectomie vaginale eût donc été inutile, insuffisante, dangereuse. Les lésions des annexes, n'étant plus entretenues, il est vrai par l'infection utérine, auraient continué à évoluer pour leur propre compte.

En résumé, ce cas est intéressant, car il nous permet de conclure que la laparotomie restera toujours indiquée toutes les fois que les lésions annexielles sont haut situées et qu'elles ne forment pas autour de l'utérus des masses qui immobilisent cet organe et tendent à séparer la partie inférieure du bassin du reste de la cavité péritonéale.

Dans les cas douteux il est donc préférable de pratiquer tout d'abord la laparotomie, de s'assurer alors de l'étendue et du siège des lésions; puis, séance tenante, l'hystérectomie vaginale, avec ou sans morcellement, sera pratiquée, si elle seule peut permettre l'ablation ou l'ouverture des poches pelviennes suppurées.

M. Hartmann. — La pièce que vient de présenter M. Mauclaire est des plus intéressantes. Elle montre nettement que, dans un pareil cas, l'hystérectomie vaginale n'aurait certainement pas ouvert le foyer suppuré, étant donné le grand éloignement de l'utérus, mais que, par contre, elle aurait très probablement abouti à léser des anses d'intestin absolument adhérentes à cet organe. Ce fait d'une collection suppurée péri-utérine siégeant loin de l'utérus, est loin d'être rare. M. Hartmann vient d'examiner à ce point de vue, pour un travail en préparation, 60 à 70 cas de suppuration pelvienne, empruntés soit à la pratique de son maître, le professeur Terrier, soit à la sienne. Dans le plus grand nombre des cas, le foyer suppuré, souvent unilatéral, occupait la partie externe de la trompe ou un espace compris entre son pavillon et un organe variable, ovaire ou intestin. Dans ces cas, l'hystérectomie est anatomo-pathologiquement contre-indiquée.

Le fait de la non ouverture des poches suppurées à la suite de l'hystérectomie n'est du reste pas seulement une hypothèse suggérée par l'étude anatomo-pathologique des cas observés. C'est un fait qui est arrivé à la plupart des hystérectomistes. Dans la première série d'hystérectomies publiées par M. Segond, nous voyons 16 hystérectomies pour lésions suppurées avec 4 morts. Dans une, l'autopsie a été faite et a établi que deux poches pleines

de pus fétide n'avaient pas été ouvertes. Nous croyons savoir que le même fait est déjà arrivé à deux autres de nos maîtres qui n'ont pas encore publié leurs observations en détail. Aussi d'une manière générale, sommes-nous disposé à rejeter comme irrationnelle l'hystérectomie dans les lésions suppurées des annexes. Ce n'est pas à dire que nous la regardions comme contre-indiquée dans toutes les suppurations péri-utérines. Il est en particulier des cas où nous pensons que c'est l'opération de choix, nous voulons parler des suppurations du tissu cellulaire des ligaments larges ; celles-ci liées à la pénétration dans les lymphatiques des streptocoques et des staphylocoques, contrairement aux salpingo-ovarites déterminées à l'ordinaire par des micro-organismes affectionnant les muqueuses, le gonocoque par exemple, sont le plus souvent d'ordre traumatique et succèdent soit à l'accouchement, soit à l'avortement. Elles ont au début une marche aiguë comme toutes les phlegmasies du tissu cellulaire ; et si elles ne sont pas incisées, elles s'ouvrent spontanément dans le rectum, pouvant alors prendre une marche chronique et persister indéfiniment. En elles est une indication de l'hystérectomie. Il est vrai que le diagnostic du siège est souvent assez difficile ; il est toutefois évident dans un certain nombre de cas, par suite de l'envahissement sous forme d'induration cantonnée du tissu cellulaire péri-vaginal, en particulier de celui de la cloison recto-vaginale. L'erreur est du reste de peu d'importance au point de vue de l'intervention, car on ne confondra ces cas qu'avec certaines salpingits accompagnées de pelvi-péritonite, cas où l'hystérectomie peut supporter la comparaison avec la laparotomie.

Un deuxième point, que soulève la pièce présentée par M. Mauclaire, est celui de savoir s'il n'aurait pas été indiqué d'enlever dès la première opération les annexes des deux côtés. Bien que ce cas semble donner raison à cette manière de faire, nous croyons que la conduite suivie est la bonne, et que, pour éviter la suppuration possible d'un ovaire sain, il n'y a pas lieu de l'enlever. On pourrait, en raisonnant ainsi, aller un peu loin. Les faits montrent d'ailleurs que l'ovaire laissé n'est, dans l'immense majorité des cas, le point de départ d'aucune douleur, ni d'aucun accident. A cet égard, nous dirons que dans 7 cas opérés depuis 18 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans et même 5 ans et demi, six par mon maître M. Terrier, un par moi, les annexes saines d'un côté et

laissées en place n'ont jamais été le point de départ d'aucun accident.

M. Broca a, de même que M. Hartmann, constaté que, dans un certain nombre de cas, le foyer suppuré est loin de l'utérus ; ce siège a même été le plus fréquent dans les cas, au nombre de 9, qu'il a opérés dans ces derniers temps.

M. Delbet. — J'ai de même constaté le siège éloigné de l'utérus d'un bon nombre de foyers suppurés, notion qui me semble plaider nettement en faveur de la voie abdominale. Les hystérectomistes conviennent du reste tellement que leur méthode n'ouvre pas les poches dans bon nombre de cas, qu'ils en viennent déjà à dire qu'ils créent un canal dans lequel les collections pourront se crever tour à tour !

Quant au fait de l'abandon dans le ventre d'annexes saines dans les cas de suppuration unilatérale, cas plus fréquents qu'on ne le dit, j'en ai résumé un grand nombre d'observations, empruntées à divers chirurgiens, dans un travail antérieur et j'ai pu établir que cette pratique permet assez souvent le développement d'une grossesse ultérieure.

Avec M. Hartmann, je crois que les phlegmons du tissu cellulaire ont, en général, une marche aiguë, mais je pense que, dans certains cas, rares il est vrai, on peut, dans les ligaments larges comme dans le tissu cellulaire des autres régions, observer des phlegmons à marche chronique.

A. Orrillard. — **Molluscum pendulum de la vulve inséré sur la grande lèvre gauche et ayant subi un commencement de sphacèle.**

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille vierge de 27 ans, exerçant la profession de demoiselle de magasin. Elle entre à l'hôpital St-Louis le 16 décembre 1892, salle Gosselin, n° 25.

Antécédents héréditaires. — On n'y trouve rien de spécial à noter du côté de ses parents. Elle dit avoir perdu plusieurs frères et sœurs, mais elle n'y a attaché, dit-elle, aucune importance et ne peut en dire le nombre.

Elle a une sœur bien portante de 34 ans, qui a subi en janvier 1892, l'ablation d'une petite tumeur (paraissant non pédiculée d'après les renseignements) et insérée sur la grande lèvre gauche.

Antécédents personnels. — Notre malade n'a jamais été souf-

frante. Réglée à 14 ans, ses époques se sont succédé régulièrement chaque mois jusqu'à aujourd'hui, n'entraînant aucun trouble, aucun malaise. L'examen de tous ses organes est négatif, on ne trouve aucune tare pathologique si ce n'est une émotivité extrême rendant l'examen et l'interrogatoire des plus difficiles. Il n'y a cependant rien qui puisse faire poser le diagnostic d'hystérie.

Il est impossible de savoir exactement quand et comment l'affection a débuté ; la malade, peu soigneuse d'elle-même, est incapable de donner le moindre renseignement à cet égard. Elle en fait remonter le début à 6 ou 7 ans, mais elle ne peut préciser davantage.

Elle s'est aperçue à cette époque qu'il existait sur la grande lèvre du côté gauche une petite tumeur dure, non douloureuse et non pédiculée, ne la gênant absolument en rien. Peu à peu cette « *bosse* » a grossi et a commencé à se pédiculiser. L'accroissement semble s'être fait régulièrement sans poussée et n'avoir jamais amené de gêne pour la malade. En même temps que lui se produisait la pédiculisation parfaite de la tumeur.

Tel était l'état de la lésion jusqu'il y a 3 semaines. A ce moment est apparue vers la face inférieure de la tumeur une petite tache d'abord brune, puis noirâtre, large au début comme une pièce de 50 centimes. Cette plaque s'est peu à peu étendue, a atteint presque les dimensions d'une pièce de 5 francs, et huit jours après l'apparition de ce phénomène il s'est produit un orifice par lequel s'est écoulé de la sanie sentant horriblement mauvais et du sang pur (?).

La malade est restée 15 jours avec cet écoulement qui persistait et finissait par la gêner, aussi se décida-t-elle à entrer à l'hôpital.

La vulve une fois découverte, on voit, appendue à la grande lèvre gauche par un pédicule cylindrique, une tumeur du volume d'une orange. Pendant la marche cette tumeur oscille absolument à la façon d'un pendule et lorsque la malade vient à s'asseoir elle est obligée de prendre certaines précautions pour éviter de l'écraser. Lorsqu'elle est couchée, la tumeur est appliquée sur le plan du lit et le pédicule alors non tendu décrit des sinuosités.

Nous examinerons successivement les 2 parties constituantes de la tumeur, le pédicule et la partie renflée.

Le pédicule est long de 10 centim. Sa forme présente deux dis-

positions différentes : en haut, au niveau de son insertion à la grande lèvre, il est aplati latéralement et présente comme point d'insertion toute la hauteur de la grande lèvre qu'il semble continuer. Cette forme se retrouve dans tout son tiers supérieur. Ses 2 tiers inférieurs, au contraire, sont absolument cylindriques et rappellent, au point de vue du volume, celui d'uue bougie. Sur tout ce pédicule, la peau a le même aspect qu'au niveau de la grande lèvre : elle est épaisse, pigmentée, présente des rides irrégulières sur toute sa hauteur. On y retrouve aussi des poils en assez grande quantité, mais assez espacés les uns des autres. Elle ressemble parfaitement à la peau du scrotum.

Ce pédicule s'implante par son extrémité inférieure à peu près exactement au pôle d'une tumeur ayant la forme d'une sphère aplatie. Celle-ci est constituée par une masse nettement lobulée, dont les lobulations vont en augmentant de volume à mesure qu'elles s'approchent de l'extrémité inférieure. De plus, on trouve plusieurs sillons très accusés formant chacun une ligne brisée et séparant en plusieurs lobes l'ensemble de la tumeur. La peau qui la recouvre est plus mince, dépourvue de rides et de poils, a une teinte rouge vineux intense, et adhère aux parties profondes.

Au niveau du pôle inférieur existe une plaque de sphacèle large comme 5 francs environ et détachée sur 1/3 de sa circonférence environ. Épaisse de 5 millim. environ elle obture une cavité cylindrique profonde de 1 centim. 1/2 environ et ayant comme forme celle d'un baril. C'est de là que s'écoule un liquide sanieux et jaunâtre d'odeur infecte.

A la coupe, la tumeur est dure, crie sous le couteau et présente un aspect fibroïde d'un blanc mat. Il y a un léger œdème de tout le tissu.

La circonférence de cette tumeur est de 22 centimètres.

La sensibilité existe sur le pédicule, mais est très obtuse au niveau de la tumeur. Il n'y a du reste aucune douleur spontanée, et ni les mouvements imprimés ni la pression ne déterminent de phénomènes douloureux. La palpation au niveau du pédicule fait percevoir les battements d'artères paraissant avoir un assez gros volume.

Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés ni d'un côté ni de l'autre.

En présence de ces symptômes, le diagnostic posé a été celui

de Molluscum pendulum et l'ablation a été immédiatement proposée à la malade.

L'opération fut pratiquée le 17 décembre 1892. Anesthésie par le chloroforme. La malade, rasée et préparée, est placée dans la position dorso-lombaire. Deux incisions longitudinales circonscrivent le point d'insertion de la tumeur qui est rapidement enlevée. On place deux ligatures sur les artères nourricières ; il reste alors une plaie longitudinale analogue à celle qui serait produite par le dédoublement d'une grande lèvre normale. Suture aux crins de Florence qui furent enlevés au 8e jour. Deux jours après la malade guérie quittait l'hôpital.

Réflexions. — Cette pièce nous a paru intéressante, non pas à cause du diagnostic qui ne pouvait laisser aucun doute, mais à cause de la rareté relative de l'affection.

L'histoire clinique en a été fort bien résumée dans un article de M. Marfan, et dans deux thèses de la Faculté de Paris, celle de M. Barry (1884) et celle de M. Chérot (1892). Aussi ne feronsnous que signaler les détails un peu spéciaux qu'à présentés notre observation.

Au point de vue étiologique, l'hérédité signalée dans quelques observations ne donne ici aucun renseignement, si ce n'est l'existence d'une petite tumeur vulvaire chez la sœur de la malade. Malheureusement, il n'a pas été possible d'avoir à ce sujet tous les renseignements désirables.

Hebra a signalé un développement incomplet physique et intellectuel comme cause prédisposante. Il serait peut-être préférable de considérer ces symptômes comme une simple coïncidence ; en tout cas, disons que chez notre malade les facultés intellectuelles sont certainement au-dessous de la moyenne.

L'existence de l'hymen absolument intact permet, comme dans le cas de M. Marfan (*Société anatomique*, 1892), d'éliminer les infections blennorrhagique et puerpérale. Et, du reste, on ne trouve ici aucune cause d'irritation locale.

Au point de vue anatomique pur, nous signalerons la longueur extrême du pédicule (10 centimètres) et la forme à peu près sphérique de la tumeur qui y était appendue. D'après les observations, ces sortes de tumeurs sont le plus souvent piriformes.

La palpation ne donnait pas du tout la sensation d'une poche vide, comme il est dit dans certaines observations et comme sem-

ble le représenter une pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis.

MM. Lagrange et Duret, dans une observation de la thèse de Barry, citent des augmentations de volume répondant aux règles ; nous n'avons rien observé de semblable chez notre malade où l'accroissement de la tumeur s'est fait d'une façon lente et régulière.

Parmi les accidents auxquels peuvent donner lieu de semblables tumeurs, M. Marfan cite seulement l'hémorrhagie et l'inflammation. Il y a, nous croyons, lieu d'y ajouter une troisième complication qui à la rigueur pourrait peut-être être considérée comme un degré de la maladie. Nous voulons parler du sphacèle de la tumeur. Cet accident était déjà signalé par M. le professeur Hardy dans son article Molluscum du *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques* (t. XXIII). « Par une pression exercée sur le pédicule, par suite du tiraillement dépendant du poids de la tumeur, la circulation peut être interrompue et une gangrène partielle ou totale peut se développer. J'ai vu quelques exemples de cet accident, entraînant la chute et la disparition de certaines tumeurs. » Nous avons trouvé 2 exemples de Molluscum pendulum de la vulve avec nécrobiose ; la première a trait à un cas observé par Pozzi, dans lequel existait une perte de substance occupant le centre de la tumeur et y formant cavité (observation I de la thèse de Barry) ; la seconde, publiée par Blocq dans le *Progrès médical* de 1884, ne cite qu'une perte de substance superficielle sur la périphérie du molluscum.

Chez notre malade le sphacèle était relativement considérable, puisqu'il a en partie détruit la tumeur en la réduisant à une coque. Il est évident qu'il ne peut être mis que sur le compte des tiraillements constants exercés sur le pédicule et aussi probablement aux phénomènes de torsion qui devaient fatalement se produire dans la marche. Observons de plus que cet accident est survenu à une époque de l'année où notre malade, par son métier de demoiselle de magasin, était obligée de rester 12 heures debout et que constamment elle était forcée de monter ou de descendre des escaliers.

Notons aussi l'absence absolue de retentissement du côté de ses ganglions inguinaux.

Notre excellent collègue et ami Souplet a bien voulu se charger de faire l'examen histologique d'un morceau de la tumeur.

Après séjour de quinze jours dans la liqueur de Müller et immersion dans l'alcool à 90° prolongée pendant 1 mois, on pratiqua des coupes de la tumeur. Celles-ci furent colorées au picro-carmin de Orth et à la solution d'acide picrique, puis passées à l'essence de girofle et montées dans le baume de Canada. Voici les résultats de l'examen :

La peau amincie contient fort peu de glandes. Elle se continue par une transition insensible avec l'hypoderme et par son intermédiaire avec le reste de la tumeur.

Sur la surface des coupes, on trouve de très nombreuses fibres conjonctives mélangées à de très rares fibres élastiques. Aucune fibre musculaire.

Les vaisseaux sont excessivement nombreux et tous perméables ; ils sont dilatés et on peut en suivre qui vont de la profondeur de la tumeur jusque dans l'épiderme où ils se perdent. Ceux-là sont assez volumineux pour être visibles à l'œil nu sur une coupe.

Autour de ces divers éléments on retrouve de petites cellules jeunes, mais celles-ci sont nettement accumulées au pourtour des vaisseaux et aussi sur les couches épidermiques.

Cette diapédèse très nette a été la conséquence de l'inflammation qui a succédé à l'infection de l'eschare.

Au point de vue histologique la tumeur en question rentre donc dans les fibromes du derme.

A propos du traitement, il est bien évident qu'actuellement l'ablation au bistouri, suivie de la ligature des vaisseaux et de la suture des deux lèvres de la plaie, est le procédé de choix.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Colle. *Des perforations traumatiques de l'utérus en gynécologie.* Lille, 1892. — **Collier (J.-M.).** Early menstruation : a case. *Tr. Mich. M. Soc. Detroit,* 1892, XVI, 341. — **Doléris.** Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus (fausses métrites). *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, février 1893, p. 49. — **Gillet (H.).** Sueurs supplémentaires des règles. *Ann. de la Policlin. de Paris,* 1892, II, 329. — **Halliday Croom.** Premature sexual Development in relation specially to Ovarian Tumours, with an illustrative case of ovarian Sarcoma in a Child of seven ; Laparotomy ; Recovery. *Edinb. med. J.*, février 1893, p. 689. — **James**

Oliver. On free fluid in the abdominal cavity of the female. *Lancet*, Lond., 1892, p. 708. — **Keiffer**. Contribution à la physiologie de la menstruation. *Clinique*, Brux., 1892, VI, 625. — **Kleinwächter**. Die wissenschlaftlich. berechtigte conceptionsverhinderung. *Frauenarzt*, Berl., 1892, VII, 395. — **Löhlein**. *Gynækol. Tagesfragen*. Wiesbaden, 1893. — **Neugebauer**. Zur Warnung beim Gebrauche von Scheiden-pessarien. Bericht über die Casuistik einiger deletären Neben-wirkungen. unzweckmässiger, vernachlässigter and vergessener Scheidenpessarien auf Grund von 242 Fallen aus der Litteratur und Praxis. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 3, p. 373. — **Otto**. *Kunstliche Unfruchbarkeit der Weibes*. Berlin et Leipzig, 1892. — **Pluyette** (**E.**). Qualité des néoplasmes; myome utérin et myxome péri-vésical. *Marseille méd.*, 1892, XXIX, 531. — **Raymond**. Menstruation and ovulation in the light of abdominal surgery. *Brooklyn M. J.*, 1893, VII, 1. — **Retterer** (**E.**). Sur les modifications de la muqueuse utérine à l'époque du rut. *Compte rendu Soc. de biol*. Paris, 1892, 637. — **Rohé**. The relation of pelvic disease and psychical disturbances in woman. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 694. — **Robinson**. The sympathetic nerve and abdominal brain in gynecology. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1892, IV, 337; 385. — **Palmer**. Periodical intermenstrual pain. *Ohio M. J.*, Cincin., 1892, III, 142. — **Popoff**. Zur pathologischen Anatomie der Eierstöcke. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft. 2, p. 293. — **Schæffer**. Erwiederung auf die Arbeit des Herrn D. Doderlein : Die therapeutischen Schlussfolgerungen aus der Untersuchung des Scheiden-Secretes. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1892, VI, 536. — **Skene**. The relations of the diseases of the sexual organs of women to insanity and affections of the nervous system. *Proc. Am. med. Psychol. Ass.*, Wash., 1892, 23. — **Williams**. Genital tuberculosis in women. A consideration of its frequency and clinical history. *Med. News.*, Phila., 1892, LXI, 710.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Becker**. *Ueber Clitoridectomie*. Bonn, 1892. — **Boursier**. De l'emploi des crayons de sulfate de cuivre dans le traitement des métrites chroniques. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1892, n° 43, p. 537. — **Delineau**. Traitement des hémorrhagies utérines par l'électrolyse cuprique intra-utérine. *Rev. internat. d'électroth.*, Par., 1892-93, III, 38. — **Fritsch**. *Bericht üb. Gynækol. operat. d. Jahrgang*, 1891-92 *aus d. Breslauer Klinik*. Berlin, 1893. — **Jacobs**. Du curettage de l'utérus; ses indications. *La Policlinique*. Bruxelles, n° 5, p. 67. — **Kaarsbeg**. Om Apostoli's Behandlung af Uterinfibroider. *Ugesk. f. Læger*, Kjoben., 1892, XXVI, 145; 169; 193. — **Link**. The conservative treatment of salpingitis. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 703. — **Marjanchik**. Traitement de l'endométrite par l'ichtyol., *Vratch*. St-Petersb. — **Martin**. *Path. und Therapie der Frauenkrank.*, 3e Auflage, Wien, 1893. — **Massey** (**G. B.**). Notes of some fibroid tumors treated by electricity. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 742. — **Müller**. *Beitrag zur operativen Behandlung der Endometritis*. Wurzb., 1892. — **Mundé**. Emmet's operation for restauration of the pelvic floor. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, XII, 542. — **Nitot**. Traitement de l'aménorrhée au moyen de l'électrisation intra-utérine. *Gaz. de gynécol.*, Paris, 1892, VII, 209. — **Phocas**. Contribution à l'étude de la coccygodinie. *Arch. prov. de chir.*, Par., 1892, I, 407. — **Price**. The treatment of hard tumors in the pelvis. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, LIX, 433; 445. — **Routh**. Rapid dilatation of the uterus for diagnosis and treatment in cases of

uterine hœmorrhage. *Tr. med. Soc. Lond.*, 1891-92, XV, 345. — **Schneck.** Treatment of fibroid tumors of the womb by injection of ergot. *The medical Age*, Detroit, 1892, n° 7, p. 197. — **Skene Keith.** Total disappearance of a fibroid tumour after Dr Apostoli's treatment. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1892, p. 74. — **Smith (A.-L.).** Huit observations de dysménorrhée grave suivie de guérison après traitement par le courant galvanique intra-utérin. *Union méd. du Canada*, Montréal, 1892, 393. — **Thomas More Madden.** On endo-uterine treatment. *The medical Age*, Detroit, Michigan, January, 1893, t. XI, p. 36. — **Th. More Madden.** Lectures on the treatment of ovarian tumours. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1892, p. 347. — **Vulliet.** Des méthodes d'évacuation simple appliquées au traitement des pyosalpingites et des collections liquides du pelvis. *Gaz. méd. de Paris*, 1892, I, 522. — **Wright (T. M.).** Galvanism in fibroid tumors of the uterus. *Cincin. Lancet clin.*, 1892, XXIX, 379. — **Zabolotski (Alexis P.).** *Treatment of retention of cysts in Fallopian tubes by dilatation of the uterus*, St-Petersb., 1892, 122 p. in-8°.

VULVE ET VAGIN. — **Adam (G. R.).** Two cases of malignant disease of the vulva involving the urethra. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1892, XIV, 334. — **Chazan (S. J.).** Haematoma of vagina and external sexual organs. *Akuscherka, Briansk.*, 1892, III, 91. — **Green (Charles).** A case of fibro-myoma of the vagina. *The Boston Med. and Surg. Journal*, December 22, 1892, CXXVII, p. 594. — **Green.** A case of fibro-myoma of the vagina. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVII, 594. — **Kleinschmidt.** Vier Fälle von Verschluss resp. Verengerung der Scheide. *K. Univ. Frauenklin. in München*, 1884, Berlin, Leipz., 1892, 124. — **Largeau.** Fibro-myômes de la région vulvo-périnéale. *Arch. prov. de chir.*, Par., 1892, I, 335. — **Minard (Eliza J. C.).** A case of imperforate hymen in a child. *N. York M. J.*, 1892, LVI, 299. — **Pessl.** *Ueber Vaginal-Cysten*, Dillingen, 1892. — **Seeligmann.** Ueber Pruritus vulvœ. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1892, XXIX, 1078. — **Sims (H. M.).** A hypertrophied labium majus resembling a varicocele and having a long pedicle. *Am. J. Obst. N. Y.*, 1892, XXVI, 395. — **Skene.** The treatment of injuries of the pelvic floor and cervix uteri. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 810. — **Syme (G. A.).** Epithelioma of vulva and vagina. *Australia M. J.*, Melbourne, 1892, XIV, 337. — **Swiecicki (H.).** De l'atrésie du vagin et de son traitement par greffe animale ou transplantation. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Paris, 1892, XIX, 481. — **Vanderveer (J. R.).** A note on retention of menstrual blood from imperforate hymen. *N. York M. J.*, 1892, LVI, 298.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Carrier.** Retroflexion of the uterus operated on by Schultze's method; later return of retroflexion associated with diseased appendages; one ovary and tube removed and a small cyst from de other ovary; uterus sutured to abdominal wall; recovery and subsequent pregnancy with normal delivery. *N. York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 1066. — **Irish.** Treatment of complete prolapse of the uterus. *Boston M. and S. J.*, 1892, CXXVII, 613. — **James Oliver.** A preliminary note on flexion and version of the Uterus. *Lancet*, Lond., 1892, p. 136. — **Kümmel.** Zur Fixation des Uterus. *Deutsch. Med.-Ztg.*, Berl., 1892, III, 557. — **Mackenrodt.** Die operative Behandlung der Retroflexio uteri; Beschreibung eines eigenen Verfahrens. *Deutsch.*

Med. Wchschr.; Leipz. u. Berl., 1892, XVIII, 491. — **Madden**. Lectures on displacements of the uterus; anteflexion and anteversion. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1892, LIII, 629; 657; LIV, 1. — **Puech**. Inversion chronique de l'utérus; application d'un pessaire à air; réduction spontanée après le 24e jour. *Montpellier médic.*, 1892, p. 705. — **Rosenthal**. Dührssen's method for the operative cure of retroflexion by vaginal fixation. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 936. — **Ross** (J. B.). Prolapsus ovarii, attended with unusual symptoms. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1892, XIV, 310. — **Villeneuve**. Prolapsus utérin; hystéropexie et ablation d'un ovaire kystique; guérison. *Marseille méd.*, 1892, XXIX, 723.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Brown**. The simple, septic, traumatic and specific forms of cervitis and its treatment. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1892-3, VI, 129. — **Chambelland**. *De la métrite blennorrhagique et des métrorrhagies consécutives*. Nancy, 1892. — **Semb**. Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut bei Myomen. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLIII, Hft 2, p. 200. — **More Madden (Th.)**. Further observations on the causes and treatment of Dysmenorrhœa. *Dublin Journ. of Med. Science*, Dublin, 1892, p. 372.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Aunis**. Fibromes utérins. *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, 6 novembre 1892, p. 566. — **Boeckel**. Des corps fibreux de l'utérus et de leur traitement par l'hystérectomie abdominale. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1892, LI, 99; 111. — **Byrne**. Vaginal hysterectomy and high amputation, or partial extirpation by galvano-cautery in cancer of cervix uteri; an inquiry into their relativ merits. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 729. — **Carstens**. Technique of vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, 1892, XXVI, 918. — **Eastman**. Abdominal hysterectomy without a pedicle. *Cincin. Lancet clinic.*, 1892, XXIX, 882. — **Fournier**. Castration pour fibro-myôme utérin. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1892, X, 344. — **Gordon**. Hysterectomy without pedicle. *Tr. Maine m. Assoc.*, Portland, 1892, XI, 54. — **Guérin**. Fibrome utérin; hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd.* Bordeaux, 19 mars 1892, p. 142. — **Hall**. Abdominal hysterectomy without a pedicle. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1892, XXIX, 850. — **Jacobs**. Un cas de fibromyôme utérin de 32 livres. Pièce anatomique. *Bul. Soc. belge de gynécologie*, Bruxelles, 1892, nº 5, p. 56. — **Lafon**. Kyste sanguin de l'utérus. *Bull. Soc. de méd. et chir. de la Rochelle*, 1891, 96. — **Ludlam**. A fibro-cyst. of the uterus; removal. *Clinique*, Chicago, 1892, XIII, 361. — **Ott (D.)**. Jauchiger Zerfall eines submukösen Uterus fibroids als Indikation zur totalen Extirpation des Uterus. *Samml. klin. Vortr.*, n. F. Leipz., 1891, nº 34. *Gynäk.*, nº 12, 289. — **Pépin**. Fibrome utérin; hystérectomie abdominale; traitement intra-péritonéal du pédicule sans ligature élastique. *J. de méd. de Bordeaux*, 1892, XXII, 276. — **Pépin**. Pathogénie de l'hydrorrhée des corps fibreux de l'utérus. *Journal de méd. de Bordeaux*, 5 février 1893. — **Reed**. Fibroid of the uterus. *Cincinnati Lancet*, 15 octobre 1892, p. 532. — **Polk**. Extirpation of the entire uterus by the suprapubic method; fibromata, eighteen cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 726. — **Price** Hard growths of the uterus *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Phila., 1892-3, VI, 95 — **Reverdin**. — Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides. *Arch. prov. de chir.*, Par., 1892, I, 277. —

Schaper (**H**).. Ueber eine Metastase eines primären Lungenkrebses in ein interstitielles Uterusmyom. *Arch. f. path. Anat.*, etc., Berl., 1892, CXXIX, 61. — **Schede**. Die sacrale Methode der totalen Exstirpation des carcinomatosen Uterus. *Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst*, 1890, Leipzig, 1892, II, 190. — **Sokolovski** (**L.-I.**). Fibromyoma submucosa uteri; enucleatio per vaginam. *J. Akusk. i. jensk boliez.* St-Pétersbourg, 1892, VI, 587. — **Vineberg** (**H.-N.**). Some notes on a case of fibromyoma of the uterus that entirely disapeared after a single curettement. *N.-York, J. Gynaec. and Obst.*, 1892, II, 830. — **Walter**. Ein Beitrag zur Frage der vaginalen Totalextirpation bei Gebärmutterkrebs. *Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst*, 1890, Leipz., 1892, II, 336. — **Westermark** (**F.**). Ein Fall interstitielt uterusmyom och hämatoporfyrinuri. *Hygiea*, Stockholm, 1892, liv. 156.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Bauer**. *Einfluss von Veranderungen in den Ovarien auf uterine Blutungen.* Wurzb., 1892. — **Camelot**. Contribution à l'étude de l'hématosalpinx. *J. d. sc. méd. de Lille,* 30 décembre 1892. — **Charrier**. De l'oophorosalpingite chronique non suppurée. *Gaz. méd. de Par.*, 1892, I, 505; 519; 530. — **Cordier**. A. review of some mooted points in the treatment of pelvic surgical diseases. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1892-3, VI. 82. — **Fraipont**. A propos du traitement des suppurations pelviennes. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liège,* 1892, XXXI, 325. — **Hall** (**R. B.**). Pyosalpinx with abscess of the ovaries. *Am. J. Obst. N-Y*, 1892, XXVI, 387. — **Herzfeld**. Ueber Blutungen bei Erkrankungen des Uterusadnexe. *Mitth. d. Wien. med. Doct. Coll.*, 1892, XVIII, 209. — **Iversen**. Ueber periutérine suppurationen. *Deutsche med. Wchschr.* Leipz. u. Berl., 1892, XVIII, 889; 919; 945; 967; 992; 1014; 1041. — **Jacobs**. Des salpingites tuberculeuses. *La Policlinique*, Bruxelles, n° 1, 31 mars 1892. — **Jacobs**. Un cas d'abcès de l'ovaire. *Bull. Soc. belge de Gynéc. et d'Obs.*, Bruxelles 1892, n° 5, p. 58. — **Landeau**. Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1892, XXIX, 949. — **Odebrecht**. Einiges über Parametritis und Perimetritis. *Aerztl. Prakt.*, Hamb., 1892, V, 590; 609. — **Rouffart**. Ulcère tuberculeux de la trompe; hémorrhagie intra-péritoneale; ovarosalpingectomie, double, guérison. *Clinique*, Brux., 1892, VI, 721. — **Rufus B. Hall**. Pyosalpinx with abscess of the Ovaries. *Cincinnati Lancet*, 22 octobre 1892, p. 575. — **Sutton**. A note on calcified corpora lutea. *Am. J. Obst.*, N-Y., 1892, XXVI, 908. — **Trépant**. Des hématocèles. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1892, X, 327.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Armstrong** (**O.-S.**). Ruptured ovarian cyst. simulating ruptured tubal pregnancy. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, 573. — **Camelot** (**E.**). Kyste dermoïde de l'ovaire pris pour un fibrome; laparotomie; guérison. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1892, II, 79. — **Camelot**. Kyste monoloculaire de l'ovaire. *J. d. sc. méd. de Lille*, 23 décembre 1892. — **Copeland**. Osteoma of the ovary. *Tr. Wisconsin M. Soc.*, Madison, 1892, XXVI, 240. — **Crafford** (**T. J.**). A very large polycystic ovarian tumor, 75 pounds in weight. *Journal Arkansas M. Soc.*, 1892. — **Franck** (**R.**). Dermoid der rechten ovariums, in einem abgesackten peritonitischen ovariotomie. *Internat. klin. Rundschau*, Wien, 1892, VI, 1060. — **Gottschalk**. Ueber die Histogenese

und Aetiologie der Uterusmyome. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLIII, Hft 3, p. 534. — **Hawkins-Ambler.** Case of prolonged Hœmorrhage caused by cystic ovaritis. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 29 octobre 1892, p. 941. — **Johnson (J. T.).** A report of six cases of ovarian tumors with twisted pedicles. *N.-Y. J. Gynaec. and Obst.*, 1892, II, 733. — **Jones.** Diagnosis and some of the clinicals aspects of gyroma and endothelioma of the ovary. *Buffalo Med. and S. J.*, 1892-1893, XXXII, 197. — **Kee.** Double Ovarian Cyst. *Cincinnati Lancet*, 22 octobre 1892, p. 572. — **Kime (R. R.).** Endothelioma of the corpus luteum changing to a hematoma. *South. M. Rec.* Atlanta, 1892, XXII, 438. — **Lang.** *Des tumeurs solides primitives des ligaments larges, et plus particulièrement de leur histoire et de leur pathogénie.* Nancy, 1892. — **Ludlam.** An unilocular ovarian cyst. developed from a multilocular cystoma; ovariotomy. *Clinique*, Chicago, 1892, XII, 355. — **Monod.** Sur la difficulté, dans certains cas, du diagnostic différentiel de l'ascite et des kystes de l'ovaire. *Bull. et mém. Société de chir. de Paris*, 1892, XVIII, 376. — **Ortiz (A.).** Aneurisma tubo-ovarica; ruptura y muerte por peritonitis sobreaguda. *Gaz. med. Mexico*, 1892, XXVII, 419. — **Parvin (T.).** Removal of a cystic tumor of the broad ligament, and cholecystotomy. *Indiana M. J*, 1892-1893, XI, 33. — **Paton (S.).** A case of ovarian cyst. with very marked torsion of the pedicle. *N. York J. Gynaec and Obstet.*, 1892, II, 760. — **Rhett (R. B.).** The treatment of intraligamentary cysts by drainage and sodine injections. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1892, XXVI, 198. — **Rouffart.** Fibromyôme pesant 22 livres développé dans le ligament large; énucléation; guérison. *Clinique, Brux.*, 1892, VI, 433. — **Russel (L. E.).** The aetiology and diagnosis of ovarian tumors. *Eclect. M. J. Cincin.*, 1892, LII, 361. — **Schaldemose (V).** Cancer ovarii, ovariotomi; genuine ovaricyster. *Gynaec. og. obst. Medd.*, Kjobenh, 1892, IX, 160 et 163. — **Sutton (J. B.).** A case of myoma of the Fallopian tube. *Med. Presse and Circ.*, London, 1892, liv. 189.

ORGANES URINAIRES. — **Drucker.** Ein Fall von Harnleiterscheidenfistel, geheilt durch Kolpokleisis nach vorheriger Anlegung einer kunstlichen Blasenscheidenfistel. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLIII, Hft 2, p. 265. — **Currier (A. F.).** A new operation for vesico-vaginal fistula. *Am. J. obst. N-Y.*, 1892, XXVI, 409. — **Morisani (O.).** La prima centuria di donne operate di fistole uro-genitali. *Boll. d. r. Accad. di Napoli*, 1891, III, p. 2111. — **Trendelenburg.** Zur operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus. *Deutsche med. Wochnschr. Leipz. u. Berl.*, 1892, XVIII, 518.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Alexandroff (L. P).** Ovariotomy in children. *Trudi Obsh. Russk. Vratch.* V. Mosk., 1891, 9, 1892, 83. — **Ceccherelli.** Contributo alla cura della peritonite tubercolare con la laparotomia. *Riform med.*, Napoli, 1892, VIII, pt. 3, 387; 400; 411. **Ceccherelli.** Contributo alla cura dell'istero-epilessia con la castrazione. *Gaz. med. di Torino*, 1892, XLIII, 681; 701. — **Cheesman (W. S.).** Ovariotomy in the presence of peritonitis. *Med. Rec. N.-Y.*, 1892, XLIII, 308. — **Coelho (S.).** Oophoro-salpingectomie, cura. *Med. contemp.*, Lisb., 1892, X, 195. — **Cordier.** Peritoneal irrigation and drainage. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1892, II, 627. — **Decio.** Ancora una parola sulla posizione di Trendelenburg; nuovo letto operatorio. *Annali di ostet.*, Milano, 1892, XIV, 593. — **Fendler (Amelia M.).** Report of

laparotomy for removal of ovaries. *Maryland M. J.*, Balt. 1892, 974, XXXII. — **Gilbert Barling**. Two cases of abdominal section. *Brit. Med. Journ.* Lond., 5 novembre 1892, p. 995. — **Joubert**. The history of ovariotomy in Bengal. *Med. Reporter*, Calcutta, 1892, I, 14. — **Madden**. Lectures on the treatment of ovarian tumours *Provinc. M. J.*, Leicester, 1892, XI, 170; 239; 347. — **Meredith**. The treatment of the peritoneum in abdominal surgery. *Lancet*, Lond , 1892, II, 1042. — **Mergler (Marie J.)**. Report of two cases of abdominal section. *Chicago M. Recorder*, 1892, III, 481. — **Myers**. Ovariotomy after childbirth. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1892, XXVI, 927. — **Raymond (T.)**. Du traitement des fibromes par la castration ovarienne. *Limousin méd.*, Limoges, 1892, XVI, 66. — **Rohé**. Uterine appendage removal, and puerperal insanity. *Med. Standard*, Chicago, 1892, XII, 132. — **Schaldemose (V)**. Castratio propter fibromata uteri. *Gynaec. og obst. Medd. Kjolenh*, 1892, IX, 174. — **Skene**. Ovariotomy with complications. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1892-1893, XIX, 721. — **Skene Keith**. The treatment of the pedicle in ovariotomy. *The Lancet*, London, 1892, p. 967. — **Stuart Nairne**. Surgical pelvic hœmatocele, its causes and prevention. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1er novembre 1892, p. 587.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENTS. — **Etienne**. Etude sur les présentations du siège à la Maternité de Nancy, *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, p. 602. — **Oui**. De l'intervention dans les accouchements lents. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, I, 435.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Dewar**. A note on the use of the axis-traction forceps in the high and low operation. *Edinb. M. J.*, 1892-3, XXXVIII, 411. — **Warren**. The principles and application of axis-traction forceps, with special reference to the instrument invented by Tarnier. *Tr. Maine M. Ass.*, Portland, 1892, XI, 168. — **Nagel**. The use of forceps, especially the axis-traction forceps. *Intern. M. Mag.*, Phila., 1892, 1016.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bernhard**. *Untersuchungen über Hämoglobingehalt und Blutkörperchenzahlen in der letzten Zeit der Schwangerschaft und im Wochenbett.* Munchen, 1892. — **Bœckh**. Ueber Zwergbecken, *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 2, p. 347. — **Bué**. *Du souffle utérin*. Lille. 1892. — **Bumm**. Ueber die Entwicklung des mütterlichen Blutkreislaufes in der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43. Hft 2, p. 181. — **Caviglia**. La circulation fœto-placentaire pendant la période de la délivrance. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, janvier 1893, p. 1, 74. — **Combemale**. Microo-rganismes observés dans le sang des éclamptiques. *Bul. méd. du Nord*, Lille, 11 mars 1892. — **Conklin**. The pelvic symphyses in pregnancy and parturition. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 633. — **Coyne**. Caduque utérine et muqueuse d'origine dysménorrhéique. *Gazette hebd. Bordeaux*, 5 mars 1893, p. 115. — **Heil**. Der Fimbrienstrom und die Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tube. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 3, p. 503. — **Moreau**. Des congestions physiologiques du sein. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, janvier 1893, p. 16. — **Schmidt**. *Einige seltene Formen des*

engen Beckens, Tubingen, 1892. — **Webster**. *Researches in female pelvic anatomy*, Edinb. et Lond., 1892. — **Westermark**. Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. *Skandin. Arch. f. Physiol.*, Leipz., 1892, IV, 331.

DYSTOCIE. — **Chaleix**. Dystocie de la délivrance chez une femme ayant subi le raccourcissement du ligament rond. *Gaz. hebd. Bordeaux*, 1892, p. 430. — **Ducarre** (**Mme**). Procidence du cordon avec présentation du sommet en transversale droite dans un bassin aplati sans rachitisme ; réduction du cordon avec la main ; enfant vivant. *J. d. sages-femmes*, Paris, 1892, XX, p. 91. — **Harwey**. A few remarks on the use of obstetric forceps in cases of arrested or impacted breech, with sinopsis of case followed by medico-legal contest. *Med. Herald*, St-Joseph, 1892, XI, p. 555. — **Klein**. Eine Geburt bei Spaltbecken mit Blasenektopie. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 3, p. 549. — **Oui**. Présentation irrégulière de la face et basiotripsie. *Gazette hebd. Bordeaux*, 4 mars 1893, p. 139. — **Schwarze**. Schräg verengtes Becken. Steissfusslage, Uterus ruptur. *Charité Ann.*, Berl., 1892, XXII, p. 502. — **Schwyzer**. Ueber einen Fall von Geburtshindorniss, bedingt durch hoch gradige Erweiterung der fötalen Harnblase. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 2, p. 333. — **Stewart**. Superfœtation in a bifid uterus. *Ann. gynec. and Pædiat*, Phila., 1892-3, VI, p. 150.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bejan**. Grossesse gémellaire. Rétention du placenta. Guérison. *Bulletin de la Société méd. Jassy*, 1892, p. 85. — **Etienne**. Contribution à l'étude des grossesses multiples. *Rev. méd. de l'Est*, n° 12, juin 1892, p. 365. — **Martin**. Twin pregnancy ; one fœtus in utero and the other extra-uterine. *Omaha Clinic.*, 1892-3, V, p. 259.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Coe**. A contribution to the study of abdominal preguancy. *Med. News*, Phila., 1892, LXI, p. 645. — **Edis**. On the diagnosis of early ectopic gestation. *Brit. med. Journal*, London, 1892, p. 889. — **Gow and Bowlby**. A case of ruptured extrauterine fœtation ; Laparotomy ; necropsy. *The Lancet*, London, avril, 1892, p. 971. — **Graefe**. Ueber die Indication zur Laparatomie nach Ruptur eines extrauterinen Frucht sackes trotz Bildung einer Hœmatocele intra-peritonealis. *Munchen. med. Wchschr*, 1892, XXXIX, p. 699. — **Gutzwiller**. Ein Fall von gleichzeitiger Extra-und Intrauteringravidität. Zusanmenstellung und Betrachtung derartiger Fall. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 43, Hft II, p. 223. — **Hall**. Six consecutive cases of extra-uterine fœtation, and the lessons they teach. *Am. J. Obst.*, N. 7., 1892, XXVI, p. 909. — **Lugeol**. Grossesse tubaire. Laparotomie à 9 mois et demi, deux mois et demi après la mort du fœtus, déterminée par une injection de morphine ; guérison. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.* janvier 1893, p. 27 ; 94. — **Ott**. Des indications à l'intervention opératoire dans les troubles observés pendant les phases régressives de la grossesse extra-utérine. *Gaz. méd. de Paris*, 1892, I, p. 535. — **Remy**. Deux observations de grossesse extra-utérine terminées par rupture de la trompe. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1892, n° 11, p. 349. — **Ross**. Ectopic gestation ; its varieties, symptoms and treatment during its several stages. *Am. Gyn. J.*, Toledo, 1892, II, p. 678.

NOUVEAU-NÉ. FŒTUS. TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne**. An infant with a bifid hand. *Edinb. m. J.*, janvier 1893, p. 623. — **Ballantyne**.

Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. m. J.*, mars 1893, p. 836. — **Caviglia**. La circolazione feto-placentaire nel periodo del secondamento. *Giorn. d. r. Academ. di med. di Torino*, 1892, XL, 829 — **Cottrelle**. Céphalœmatome. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1892, X, 359. — **Eros**. Ueber die Krankheitsverhältnisse der Neugeborenen an der I. Geburtshülflichenklinik der Königl. ungar. Universität, Budapest. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 2, p. 306. — **Feis**. Die Temperaturverhaltnisse in der ersten Lebenswoche. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 43. Hft. 3, p. 463. — **Feis**. Ein Fall von in utero erworbener Blennorrhœa neònatorum gonorrhoica. *Cent. f. Gyn.*, Leipz., 1892, XVI, 873. — **Halliday Croom**. Note on a case of Acephalic Acardiac Fœtus. *Edinb. m. J.* mars 1893, p. 802. — **Henry E. Tuley**. A case of hydrocephalus. *The americ. practitioner a. News*. Louisville, n° 157, 1892. — **Huber**. Sacro-coccygeal tumor in a child three weeks old; operation; recovery. *Arch. Pediat.*, N.Y-, 1892, IX, 891. — **Lefour**. Hémorrhagie ombilicale dyscrasique : ligature élastique en masse. Guérison. *Gazette hebd. Bordeaux*, 5 mars 1893, p. 113. — **Lips**. *Ueber die Gewichtsverhältnisse der neugeborenen Kinder zu ihrem Placenta*. Erlangen, 1892. — **Lugeol**. Hémorrhagies ombilicales chez le nouveau-né. *Mém. et bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, (1891), 1892, 402.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barton Cooke Hirst**. Symphysiotomy, with the report of an operation. *The Cincinnati Lancet*, 1892, p. 600. — **Carette**. *Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel.*, Lille, 1892. — **Clarke**. The advantages of version in a certain class of obstetric cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 770. — **Herff**. Kaiserschnitt und tiefe Cervixincisionen sowie der letzten Nachbehandlung bei Eklampsie. *München. med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 775. — **Jewett**. A case of symphysiotomy. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1892, II, 1079. — **Kœttnitz**. Eine seltene Indikation zur Craniotomie. *Deutsche med. Wchnschr.* Leipz. u. Berl., 1892, XVIII, 1012. — **Merlin**. Un cas de symphyséotomie. *Loire méd.*, St-Etienne, 1892, XI, 205; 261. — **Nagel**. Further Contributions to the Study of Version on one Leg. *Edinb. m. J.*, janvier 1893, p. 608. — **Myers**. Porro's operation. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXVI, 933. — **Schauta**. *Grundriss der operativen Geburtshilfe für Aerzte und Studirende.*, Wien u. Leipzig, 1892. — **Törngren**. Deux cas de symphyséotomie. *Finska läk. sällsk. handl.*, Helsingfors, 1892, XXXIV, 782. — **Velitz**. Kraniotomie oder Kaiserschnitt? *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 43, Hft 2. p. 200.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHE. — **Ballet**. Les psychoses puerpérales. *Med. mod.*, Par., 1892, III, 661; 677. — **Blind**. *Beitrag zur Aetiologie der Uterusruptur wahrend der Schwangerschaft und unter der Geburt.* Strasb., 1892. — **Buchanan**. A case of puerperal fever illustrating the mode of infection and the infective agent. *Glasgow M. J.*, 1892, XXXVIII, 429. — **Cogswell**. Scarlet fever with nephritis in pregnancy. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1892, XIX, 743. — **Cotterell (E.)**. Short note on a case of double ovariotomy during pregnancy. *Lancet*, London, 15 oct. 1892, II, 880. — **Cushing**. A case of complete inversion following labor. *Med. News*, Phila., 1892, LXI, 609. — **Didier**. Hémichorée des derniers jours de la grossesse; accouchement laborieux; guérison. *Journ. Sc. méd. de Lille*, 24 juin 1892, p. 617. — **Edwards**

Pilliet (**Mme**). Môle hydatiforme. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1893, p. 22. — **Felsenreich**. Zur Frage der Castration bei Osteomalacie. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 347. — **Greuell**. Cinq cas de fièvre puerpérale infectieuse. *Bullet. méd. d. Vosges*, Rambervilliers, 1891-92, VI, n° 23, 72. — **Haggard**. Recent experience with puerperal septicemia. *Tr. M. Soc. Tennessee*, Chattanooga, 1892, 224. — **Hirigoyen**. Relation d'une épidémie de scarlatine puerpérale. *J. de méd. de Bordeaux*, 1892, XXII, 269; 281. — **Hirst**. Injury to the lombo-sacral plexus in labor. *Med. News*, Phila., 1892, LXI, 605. — **Hirst**. Phlegmasia alba dolens. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1892-93, V, 255. — **Hoche**. Ueber puerperale Psychosen. *Arch. f. Psychiat.*, Berl., XXIV, 612. — **Hoche**. Zur Prognose der Eklampsia parturientium. *Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst.*, 1890, Leipz., 1892, II, 683. — **Jentsch**. *Ueber Drucknekrose bei protahirten Geburten*. Halle, 1892. — **Judkins**. Odor of Placenta retained in the vagina. *Cincinnati Lancet*, 15 octobre 1892, p. 530. — **Laurent**. Dégénérescence hyaloïde du placenta. *Bull. Soc. de méd. et chir. de la Rochelle*, 1891, 93. — **Laurent**. Mort subite chez une parturiente par embolie pulmonaire. *Bull. Soc. de méd. et chir. de la Rochelle*, 1891, 70. — **Landfermann**. *Ueber einen Fall von Retroflexio uteri gravidi mit Abstossung von Theilen der gangränösen Blasenschleimhaut*. Bonn, 1892. — **Le Clerc**. Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde-malade. *Nor. méd.*, n° 11, 1er juin 1892, p. 258. — **Lusk**. Mitral stenosis in pregnancy; with cases. *Med. News*, Philadelphia, 14 janvier 1893, t. LXII, p. 41. — **Madeburg**. *Ueber puerperale Inversio uteri*. Halle, 1892. — **Madlener**. *Die puerperalen Todesfälle der Münchener Frauenklinik*. 1887-1891, München, 1892. — **Mann**. Hœmatoma of vulva post-partum. *The Lancet*, London, 1892, p. 311. — **Meachem**. Puerperal eclampsia. *Tr. Wisconsin M. Soc.*, Madison, 1892, XXVI, 162. — **Mijnlieff**. Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis gravidarum in Zusammenhang mit dem intrauterinen Absterben der Frucht. *Samml. klin. Vortr.*, Leipz., 1892, n° 56. — **Möbius**. Weitere Fälle von Neuritis puerperalis. *Munchen med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, p. 799. — **Obermüller**. *Ueber Dammrisse und Dammschutz*. Tubing., 1892. — **Onuf-Omfrowicz**. A case post-partum hemorrhage followed by sepsis. Treatment of the acute anœmia by subcutaneous injection of a saline solution. Recovery, *Med. Rec.* N.-Y., 1er oct. 1892, II, p. 395. — **Palmer**. A case of albuminuria during Pregnancy. *Cincinnati Lancet*, 22 oct. 1892, p. 573. — **Puech**. Chorée et grossesse. *Nouv. Montpellier méd.*, 1892, n° 4, p. 74. — **Puech**. Eclampsie grave au 6e mois de la grossesse; guérison. Continuation de la grossesse. *Montpellier méd.*, 1892, p. 615. — **Puech**. Le foie des éclamptiques. *Montpellier médical*, 1892, p. 669. — **Pilcher** (**L.-S.**). Some reflections upon fibromyoma of the uterus as influenced by intercurrent pregnancy. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 489. — **Richter**. Spontanheilung einer. Ruptura uteri intra-partum. *Deutsche med. Wchnschr. Leipz. u. Berl.*, 1892, XVIII, 1012. — **Rivière**. Rhumatisme articulaire aigu généralisé réveillé par le traumatisme de l'accouchement. *Arch. clin. de Bordeaux*, 4° 1, 1892, p. 46. — **Schönberg**. Rupture de la symphyse pendant l'accouchement. *Norsk. Mag. f. Lægevisdensk.*, Christiania, 1892, VII, 889. — **Sécheyron**. De l'auto-infection puerpérale post-partum. *Midi méd.*, Toulouse, 1892, I, 303, 313. — **Simon**. *Aetiologie des Aborts*, Halle, 1892. — **Smith**. Albuminuria in pregnancy. *Tr. Maine M. Ass.*, Portland, 1892, XI, 182. — **Smith**. On the prevention and treatment of puerperal fever. *N.-York J. Gynæc. et Obst.*, 1892, II, 1015. —

Sottas. Note sur un cas de paralysie puerpérale généralisée (polynévrite puerpérale). *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1892, LXV, 1153. — **Sutton**. Tubal moles and tubal abortions. *Lancet*, Lond., 1892, II, 1092. — **Tarnier**. Thrombus de la vulve. *J. d. sages-femmes*, Par., 1892, XX, 145. — **Wertheim**. Drei Falle von Kaiserschnitt bei Eklampsie. *Wien. klin. Wchschr.*, 1892, V, 531. — **Winter**. Jaundice during pregnancy. *Tr. Wash. Obst. et Gynæc. Soc.*, 1889-90, III, 1. — **Zinke**. Puerperal convulsions. *Cincinnati Lancet*, 15 octobre 1892, p. 531. — **Zitzmann**. *Ueber Blutungen nach dem Abortus.*, Tubingen, 1892.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Baldwin**. The uselessness of ergot in obstetric practice. *Colombus M. J.*, 1892-3, XI, 149. — **Healy**. Value of thorough vaginal tamponing in placenta prævia. *Med. Rec.*, N.-Y., 1892, XLII, 704. — **Herman**. The effect of ergot during the lying-in period. *Lancet*, Lond., 1892, II, 1160. — **Mascaro y Capella** — Valeur des irrigations antiseptiques en obstétrique. *Revis. d. Cincin Med.*, Barcelona, 1892, p. 15. — **Porak et Bogdan**. Considérations sur le traitement des ruptures utérines. *Bulletins de la Société de méd. de Jassy*, 1892, p. 70. — **Schauta**. *Die Behandlung des normalen Wochenbettes.* Berl. und Neuwied, 1892. — **Stumpf**. Zur Aetiologie und Behandlung der Fehl-und Früh-Geburt. *München Med. Wchschr.*, 1892, XXXIX, 758; 780. — **Tarnier**. Injections intra-utérines; choix des antiseptiques à employer; expériences sur les animaux. *J. d. sages-femmes*, Par., 1892, XX, 89. — **Varnier**. De la délivrance dans l'avortement. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.*, janvier 1893, p. 1 ; 33. — **Wallich**. Du traitement immédiat des déchirures du périnée après l'accouchement. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.*, février 1893, p. 56. — **Wilson**. Etiology and treatment of abortion. *Med. News*, Phila., 1892, LXI, 511.

VARIA. — **Bégouin**. Tentative d'avortement ; injection d'une solution saturée de sel gris (chlorure de sodium) dans la vessie ; gangrène et expulsion totale de la muqueuse et d'une partie de la couche musculaire ; néphrite consécutive. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, I, 479. — **Bouchacourt**. Contribution hippocratique à l'histoire de la grossesse nerveuse ou imaginaire. *Lyon médic.*, 19 mars 1893. — **Civia**. Sulla riduzione spontanea dell' utero gravido retroflesso o retroverso. *Gazz. d. osp.* Milano, 1892, XIII, 942. — **Combemale et Marivint**. La menstruation, la grossesse et l'allaitement pendant la variole. *Bul. méd. du Nord*, n° 14, 1892. — **Ely**. Acute inflammation of the mammæ, with special reference to treatment during Lactation. *N.-York M. J.*, 1892, LVI, 732. — **Josephson**. Traitement diététique durant les dernières semaines de la grossesse pour faciliter l'accouchement dans les bassins étroits. *Hygiea*, Stockolm, 1892, XXVIII, 395. — **Klein**. Giftwirkung macerirten Foeten. *Sitzungsb. d. phys.- Med. Gesellsch. zu Würzb.*, 1892, 121.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

I.

… opérations antérieu…	…ur l'enfant …aissance	État à la sortie	Observations
…prématuré artificiel.	rapidement	Mort 3e jour.	Fracture du pariétal postérieur. Symphyséotomie incomplète.
…ent trois heures … …mplète ; 2 applica… du forceps au dé…	.	Vivant, 5970.	
prématuré artificiel … …, 1 heure après dilat. …cations infructueuse…	…, ranimé.	Vivant, 3000.	
…linique après 6 jou… …l'engagement ; tête … …upture utérine.	rapidement	Vivant.	L'auteur s'est préoccupé de limiter l'agrandissement du bassin pendant l'extraction par l'application d'une bande d'Esmarch.
…prématuré artificiel.	ranimé en …tif.	Mort 3e jour, pesant 1950.	Pas de lésion du crâne. Faiblesse congénitale.
…latation par ballon C… …cation de forceps a… …r infructueuse. *Tra…* *…es.*	ranimé par …pression du …r le forceps …ment.	Mort 35 heures après.	L'auteur attribue la mort aux lésions produites par le forceps lors des tractions très énergiques qui ont précédé la symphyséotomie.
…rop marquée pour e… …nfant vivant par l… …ersion ; symphyséo… …pération césarienne.	…animé après	Vivant.	L'auteur s'est efforcé, sans y réussir, de respecter le ligament sous-pubien ; pendant l'opération et l'extraction, il s'est préoccupé de limiter l'agrandissement du bassin, qui néanmoins s'est ouvert à 7 c.
prématuré artificiel …t.	.	Vivant, 2625.	
…ce à l'engagement …mplète.	.	Vivant, 3850.	L'auteur appelé à examiner cette femme au 7e mois 1/2 a décidé de la laisser aller à terme et de pratiquer la symphyséotomie d'emblée, à la dilatation complète.
…ps infructueux.	.	Vivant.	

...ons et opérations a...	pour l'enfant — ...naissance	pour l'enfant — État à la sortie	Observations
...ndance à l'enga... ...n complète. Une ...ps infructueuse.	...nt.	Vivant.	
...hement prématur...	...nt.	Vivant. 4000	
...nineuse, dure, san... ...ment. Forceps et ..., de l'avis de l'aut... ...ion d'un enfant v...	..., ranimé après	Vivant.	L'auteur s'est proposé de respecter le ligament sous-pubien et a conseillé à la suite de ce cas de ne sectionner que la moitié ou les 2/3 supérieurs de la symphyse (!).
...hement prématur...	...nt.	Vivant. 4340	
...vant n'ayant pu êt... ...plications de force... ...oroforme. Tumeur ...presque crétacée p...	...nt.	Vivant.	Le travail s'est déclaré spontanément à 8 mois 1/2 alors que l'auteu rétait décidé à provoquer l'accouchement.
... depuis 3 jours. ...ps en ville. Etat g... ...nme infectée.	...e; n'a pu être	Mort.	L'enfant portait au niveau du menton une forte excoriation (application en ville du front à l'occiput); luxation de Schrœder; hémorrhagie méningée considérable.
...ndance à l'engage... ...e. Liquide amniot... ...r modifiés. Une ap... ...ise de forceps.	...e, insufflé, ra-...utes après.	Vivant, 4090.	
...ndance à l'engage... ...e.	...parente.	Mort 4 heures après.	L'auteur, suivant le conseil de Léopold, n'a sectionné d'abord que les 2/3 supérieurs de la symphyse; il attribue avec raison la mort de l'enfant aux tractions forcées qu'il a faites avant de se décider à compléter la section.
...ndance à l'engage... ...e. Liquide amniot. ...r modifiés depuis ...	...nte, ranimé.	Vivant (26e jour).	L'auteur a voulu suivre le conseil de Léopold; heureusement la symphyséotomie s'est complétée aux premières tractions.
...le l'épaule; enf. m... ...de passer la main...	...nt le travail.	Mort.	La symphyséotomie a été pratiquée dans le dessein de faciliter la version préférée à l'embryotomie nettement indiquée.

et opérations antérieur	ur l'enfant		Observations
	issance	État à la sortie	
nce à l'engagem. à la Tête grosse et dure.	e, ranimé.	Vivant (38e jour).	
Disproportion.	t.	Vivant, 3630.	La symphyséotomie à terme, a été choisie de préférence à l'accouchement prématuré provoqué.
ée à subir l'opération proportion évidente. B faiblis.	sphyxie pro-	Mort le 4e jour.	La respiration s'était bien établie le 2e jour, mais l'enfant se plaignait constamment, ne tète pas. Température rectale le 3e jour, 40°. Mort de pneumonie « die mittelbar in Zusammenhang mit der Symphyseotomie stand ».
nce à l'engagem. à la Disproportion.	t.	Vivant.	
t n'ayant pu être e plication de forceps, de du dilatateur Tarni	a dû être	Mort 20 h. après.	L'enfant a souffert de la résistance du col.
au détroit inférieur d pplications de forceps i	; ranimé.	Mort 24 h. après.	L'auteur attribue la mort de l'enfant à la compression prolongée du crâne. ayant causé des lésions cérébrales.
pas de tendance à l'e complète. Deux ap . de forceps, prudente	.	Vivant, 3420.	
Disproportion.	t.	Vivant (26 nov.)	L'auteur s'est préoccupé de prévenir le diastasis sacro-iliaq. en faisant exercer par les aides, pendant l'extract., une contre-press. sur les trochanters.
Disproportion.	t.	Vivant (le 30e jour).	L'auteur remarque : « Cette observation prouve qu'il ne suffit pas de couper la symphyse en respectant le ligament sous-pubien, comme Léopold l'avance. »
à l'engag. à la dilat. application de force Pas d'engag. 11 h. ap	rapidement	Vivant, 4840.	

IV.

t opérations antérieur	ur l'enfant		Observations
	nissance	État à la sortie	
isproportion.	nt.	Vivant appr[t]. 4J00.	
ce à l'engag. après 24 ouls 140. Temp. 99°,8.	t de suite.	Vivant.	
fruct. de forceps par ant. Version ; forceps is succès à deux repri nouvel échec du forc , éclampsie. Temp. 39	opération.	Mort.	Indication discutable.
ps infructueux.	nt.	Vivant. 4 mois après.	
à l'engagement 5 heu tation complète. Tête ité de Nægele, dispro	ranimé après	Vivant, 4610.	
is 4 jours ; poche ro jours ; 3 applications e, 4 à l'hôpital. Temp. r fœtal très distincts.	n'a pu être	Mort.	La plaie pubienne offrait une bonne apparence, pas de lésion de la vessie ni de l'urèthre.
e à l'engagement ap dif. (accél. et irrég.) d fœtus.	par.	Mort 3e jour.	Hémorrhagie méningée. L'auteur attribue la mort à la compression antérieure à l'accouchem. ; il se reproche d'avoir tardé à opérer. Contre-pression solide des aides pendant l'extraction.
l'engagem. à la dil plic. de forceps infr onnées.	nt.	Vivant.	
Tentat. infructueuse	opération.	Mort.	La symphyséotomie a été faite dans le dessein de faciliter la version préférée à l'embryotomie nettement indiquée.
is 48 h.; enf. mort d par procid. du cordo tueux. Crâniotomie ; f	t.	Mort.	La symphyséotomie a été pratiquée aux lieu et place de la céphalotripsie nettement indiquée.
sproportion.	insuff. ranimé.	Mort 16 h. après.	Fracture du frontal gauche par la cuillère du forceps, appliqué obliquement.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

REMARQUES CLINIQUES, ANATOMIQUES ET OPÉRATOIRES A PROPOS DE 59 CAS CONSÉCUTIFS DE LAPAROTOMIE POUR LÉSIONS SUPPURÉES PÉRI-UTÉRINES. SUITES IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES DE L'OPÉRATION

Par **Félix Terrier** et **Henri Hartmann**.

Les 59 observations qui servent de base à cette étude, constituent la série complète (jusqu'à fin décembre 1892) des malades chez lesquelles nous avons pratiqué la laparotomie pour des lésions *indiscutablement suppurées*, cas où la présence du pus en foyer a été constatée au cours de l'opération.

I

L''âge de nos malades a varié de 20 à 44 ans, avec un maximum de fréquence de 24 à 26 ans (1).

Le plus grand nombre avait eu des grossesses à terme : 15 un accouchement, 5 deux, 4 trois, 2 quatre, 1 cinq, 1 six; 2 n'avaient fait que des fausses couches, 10 avaient mené d'abord à bien des grossesses, puis avaient fait une ou plusieurs fausses couches; 17 seulement n'avaient jamais été enceintes.

(1) 1 de 20 ans, 3 de 21, 4 de 22, 4 de 24, 6 de 25, 4 de 26, 1 de 27, 4 de 28, 3 de 29, 3 de 30, 1 de 32, 4 de 33, 3 de 34, 2 de 35, 1 de 36, 1 de 37, 2 de 38, 4 de 39, 2 de 40, 2 de 41, 1 de 42, 1 de 43, 2 de 44.

Dans un cas, les lésions suppurées ont semblé succéder à la pose d'un pessaire ou plutôt d'une tige intra-utérine; dans un autre cas, à une dilatation utérine; enfin, dans un troisième cas, l'utérus était bourré de petits fibromes.

II

24 fois la collection suppurée a été bilatérale ; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche ; dans un cas la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée à l'un ou à l'autre côté. Sur les 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient *absolument saines*, 26 fois elles étaient malades. De ces 26 cas, 21 fois on a noté l'état exact des lésions : 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées.

Quant au siège exact des lésions, il a été précisé 47 fois. Dans 1 cas il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum, dans 42 faits de foyers manifestement en rapport avec la trompe, dans 3 d'abcès exclusivement ovariens, dans 1 *seul*, nous avons constaté l'existence d'une pelvipéritonite à loges suppurées multiples. Ce sont là des lésions bien différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes (1).

(1) « Les collections purulentes du petit bassin ont pour centre l'utérus ; à droite et à gauche, on peut trouver les trompes et les ovaires abcédés, en arrière le cul-de-sac de Douglas distendu, au-dessus des poches qui soulèvent les intestins protégés par l'épaisseur des néomembranes. Lorsque par le morcellement, l'utérus est enlevé, on a, pour ainsi dire, fait disparaître la clef de voûte et toute la substruction s'écroule ; pour prendre une autre image chère, dit-on, au promoteur de la méthode, on retire « la bonde » qui ferme toutes les collections ; elles se vident... » RECLUS, in *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1891, p. 193; description reproduite textuellement par le même auteur dans le même journal, p. 512.

Si maintenant nous allons plus loin et si nous recherchons dans quelle partie de la trompe se développe la collection, nous voyons que c'est le plus souvent dans sa partie externe, que même, dans 17 cas, il s'agit de *suppuration localisée au pavillon*, soit tubo-ovarienne (7 cas), soit tubo-intestinale (10 cas). Ces dernières, particulièrement intéressantes, ont été constituées 3 fois par des collections intermédiaires au pavillon et à l'anse oméga, 4 fois par des abcès intermédiaires au pavillon, au cæcum et à des anses d'intestin grêle, 3 fois par des abcès localisés entre le pavillon et des anses grêles.

Ces particularités dans le siège exact des lésions méritent d'être relevées ; ces 10 cas de foyers en rapport avec l'intestin se trouvaient presque tous au niveau du détroit supérieur, *loin de l'utérus* par conséquent ; ils nous expliquent ce fait, déjà constaté par tous ceux qui ont traité par l'hystérectomie un certain nombre de suppurations des annexes, à savoir la non ouverture possible d'un foyer. Ils nous montrent aussi que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum et qu'*évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum*.

Tout en n'ayant pas toujours noté d'une façon précise l'état exact des adhérences des poches suppurées, nous voyons, dans nos observations, que 8 fois elles adhéraient à tous les organes de l'excavation, 21 fois à l'épiploon, 13 fois à l'anse oméga, 12 fois à l'intestin grêle, 10 fois au rectum, 8 fois à l'utérus, 8 fois à un des ligaments larges, 5 fois au fond du cul-de-sac recto-utérin.

Dans un certain nombre de cas il existait des lésions inflammatoires manifestes des organes voisins, en particulier de l'intestin (épaississement, friabilité, induration cartonnée) et même des perforations antérieures à l'opération (8 fois). Dans un cas il y avait même à la fois perforation de l'intestin et de la vessie, si bien que des matières intestinales

passaient par la poche suppurée dans la vessie, s'y mélangeant à l'urine et donnant ainsi lieu à la production d'une variété peu connue de fistule intestino-vésicale (1).

III

Nous ne nous étendrons ni sur les précautions antiseptiques que nous avons prises dans nos interventions, ni sur le manuel opératoire.

Les instruments sont stérilisés à l'étuve Poupinel, les fils, crins, compresses et tampons (2) le sont à l'autoclave.

Les mains de l'opérateur sont désinfectées par un nettoyage et un lavage avec du savon simple d'abord, naphtolé ensuite, puis essuyées et frottées avec une compresse stérilisée humide, avant d'être plongée dans l'eau additionnée de sublimé qui servira pendant tout le cours de l'opération. Les instruments sont placés dans des cuvettes plates, semblables à celles dont on se sert en photographie, et immergés dans de l'eau filtrée à travers le filtre Chamberland, puis bouillie. Pendant l'opération nous abritons l'intestin avec des compresses stérilisées humides.

Nous ne dirons rien de la libération des tumeurs inflammatoires, nous faisons comme tout le monde, travaillant à

(1) La communication de la poche suppurée avec l'intestin n'est, on le voit, pas pour nous une contre-indication à la laparotomie. Lorsque M. DELBET écrivait en 1891 (*Des suppurations pelviennes chez la femme*, p. 429) : « Les salpingites en communication avec le rectum rentrent dans la classe des tumeurs non extirpables », nous avions déjà opéré 5 malades évacuant du pus par l'anus et 1 porteuse d'une double communication de la poche avec la vessie et avec l'intestin ; de ces 6 malades 4 avaient guéri sans incident et nous ne possédions cependant pas encore la technique qui, comme on le verra, a notablement amélioré nos résultats. On est étonné après cela de lire que pour guérir ces abcès le même auteur ait émis l'idée de détourner les matières fécales par un anus temporaire (DELBET, *loc. cit.*, p. 432). On l'est encore plus lorsqu'on songe que la communication avec le tube digestif est quelquefois sur l'intestin grêle.

(2) Nous avons depuis longtemps remplacé les éponges par des tampons d'ouate hydrophile inclus dans un nouet de gaze.

les décoller principalement avec l'ongle, recourant peut-être plus volontiers que d'autres au bistouri ou aux ciseaux lorsque les adhérences sont fermes et résistantes, ce qui tient à ce que nous opérons sous le contrôle de la vue et non pas seulement avec le doigt.

Lorsqu'au cours de l'opération nous trouvons une lésion de l'intestin, déchirure partielle ou complète des tuniques, perforation antérieure, nous cherchons à en faire la suture. Avec une petite aiguille de Reverdin et de la soie fine nous rapprochons les parties, chargeant les tissus suivant le mode de Lembert, et, dans le cas de déchirure complète des tuniques, consolidant notre première ligne de suture par une deuxième série de fils chargeant les tuniques à distance. C'est là une conduite qui nous semble absolument indiquée dans les cas où la lésion siège sur un segment d'intestin facilement abordable (anses grêles ou anse oméga); on peut encore y recourir, mais avec plus de difficultés et d'une manière moins parfaite, lorsque la perforation siège profondément sur le rectum au fond du cul-de-sac de Douglas. Dans quelques cas complexes nous avons dû nous contenter d'assurer le drainage des parties voisines de la lésion.

Ce drainage auquel nous avons eu recours très largement, dans 43 cas, est pratiqué avec de gros drains de caoutchouc désinfectés par l'ébullition dans de l'eau additionnée de sublimé. Lors de suintement sanguin persistant malgré la compression temporaire avec des tampons portés sur des pinces ou avec une compresse, nous avons eu recours à la cautérisation légère des parties avec le thermo et au tamponnement iodoformé fait avec une lanière de gaze que l'on tasse et dont on laisse sortir l'extrémité par la partie inférieure non réunie de la plaie abdominale.

La durée du drainage a été des plus variables, de 2 jours à 1 mois et demi, en général d'une dizaine de jours.

Toujours nous avons soin de limiter le foyer mettant en rapport, les unes avec les autres, les parties dénudées par la décortication et ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon,

que quelquefois même nous avons fixé par des sutures à la soie et que nous étendons ainsi au-devant du paquet intestinal comme un tablier qui le sépare alors du foyer traumatique. Toujours, en un mot, nous cherchons à isoler le foyer drainé du reste de la cavité abdominale. Le fait de l'écoulement à l'extérieur des matières intestinales, qui s'est plusieurs fois produit dès le 4e jour, montre bien qu'on arrive ainsi à créer un canal bien limité du foyer à l'extérieur, ce qui s'explique facilement lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle s'agglutinent les surfaces péritonéales.

Nos pédicules ont presque toujours été enserrés dans un double fil entre-croisé en X, puis désinfectés avec une solution de sublimé au millième et enfin touchés au thermocautère. Le même traitement a été appliqué aux moignons épiploïques. Dans quelques cas le fil, bien que nous nous servions toujours de grosse soie, a coupé le pédicule rendu friable par le fait de l'inflammation et nous avons été obligés de le refaire. Plusieurs fois même pour arrêter le sang, nous avons dû laisser, soit sur le pédicule, soit sur l'utérus, soit sur l'intestin, une pince à pression à demeure. Nous enlevions la pince émergeant par la partie inférieure de l'incision au bout de 48 heures, pratique qui ne nous a paru déterminer aucun accident.

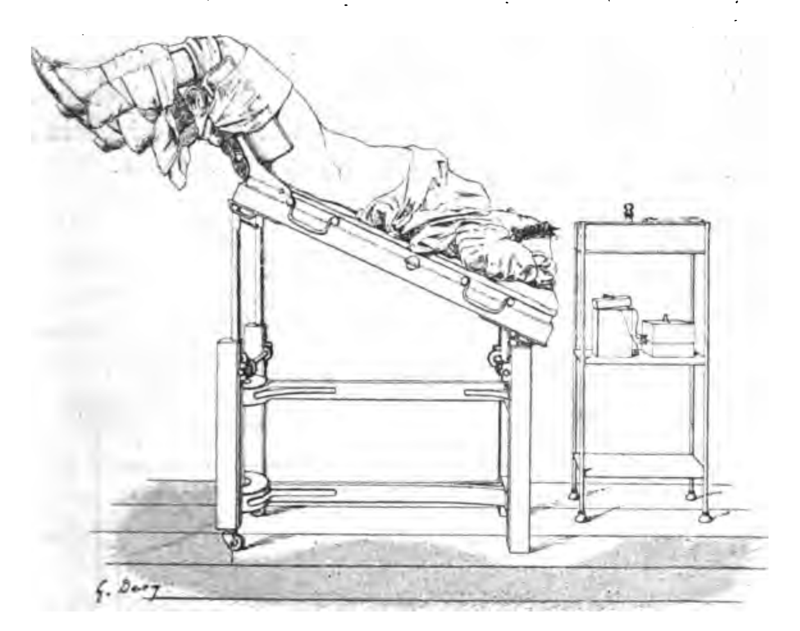
Dans 3 cas, l'appendice iléo-cæcal adhérent, enflammé ou même perforé a dû être réséqué, les 3 malades ont guéri, deux radicalement, la troisième en conservant une petite fistule pyostercorale.

Une fois les annexes malades enlevées, nous faisons toujours, si nous pouvons ainsi nous exprimer, la toilette du foyer, liant, réséquant et cautérisant les adhérences déchirées qui pendent. Puis après nettoyage des parties à l'aide de tampons trempés dans une solution de sublimé au millième, nous refermons avec ou sans drainage la cavité abdominale.

Pendant toutes ces manœuvres, nous maintenons la malade dans la position élevée du bassin à laquelle l'un de nous, le premier à Paris, croyons-nous, a eu rec‹›rs dès le

mois de décembre 1890, position que nous n'avons par tardé à employer d'une manière générale dans tous les cas (1).

Faite simplement avec l'ancien lit de Mariaud qui permet une inclinaison de 30 à 35°, cette position facilite déjà nota-

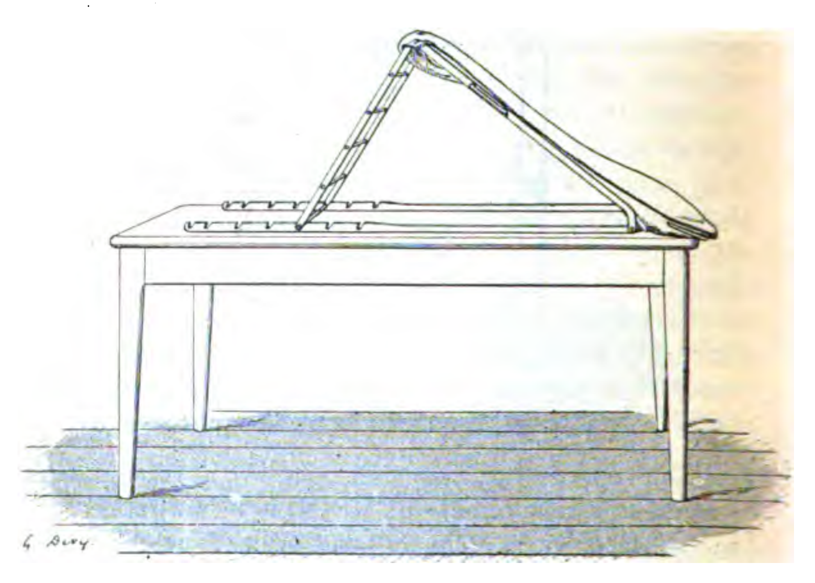


blement l'intervention. En ville nous avons recours à un appareil très simple, imaginé par M. le Dr M. Péraire, qui peut se placer sur la première table venue et qui donne des résultats excellents. Nous recourons alors à une inclinaison de 40° à 45°.

Grâce à cette pratique, les intestins, sauf les anses adhérentes, tombent vers le diaphragme et laissent entièrement

(1) Une première mention de cette pratique a été faite par M. Labusquière dans le n° du 15 janvier 1891 des *Annales de gynécologie* (De la position élevée du bassin dans la chirurgie abdomino-pelvienne, p. 38). Deux mois plus tard paraissait dans le *Progrès médical* un travail du Dr Delagénière (du Mans) qui, un mois avant nous, avait déjà eu recours, le premier en France, à la même pratique (Du plan incliné dans certaines laparotomies ; huit cas. *Progrès médical*, 16 et 21 mars 1891, p. 205 et 225).

libre toute l'excavation dès lors facilement accessible non seulement au doigt mais aussi à la vue, c'est là un point sur lequel nous insistons, il faut dans ces opérations voir et bien voir ce qu'on fait, c'est la seule façon d'agir méthodiquement, de découvrir et de refermer les déchirures ou perforations de l'intestin, sinon d'une manière définitive, tout au moins pendant un temps suffisant pour être sûr que des adhérences protectrices se seront formées et que le liquide intestinal épanché, sera isolé de la grande séreuse péritonéale.



Dans quelques cas, nous avons eu recours, pour mieux explorer le fond de l'excavation, à son éclairage direct par une lampe électrique contenue dans une gaine préalablement stérilisée dans la glycérine à 130°.

Grâce à ces précautions on peut, *voyant ce qu'on fait*, protéger efficacement les intestins, désinfecter les parties infectées et s'abstenir par suite de tout lavage abdominal.

Pour refermer l'abdomen, nous faisions au début la suture à un seul plan; ayant observé à la suite de cette pratique quelques cas d'éventration, nous l'avons abandonnée pour

recourir, depuis le 12 avril 1890, à la suture à 3 étages (péritoine, muscles et aponévrose, peau) : le premier à la soie fine, le deuxième à la soie moyenne, le troisième au crin de Florence. Afin d'éviter la formation de cavités virtuelles, où le sang pourrait s'épancher, nous avons soin de charger chaque fois au passage le plan sous-jacent déjà réuni, les fils du deuxième étage chargeant la première ligne de suture, les crins cutanés chargeant la suture musculo-aponévrotique. Le premier plan péritonéal de suture est fermé par des fils passant successivement à travers chacune des lèvres en faisant ainsi une série de capitons; le plan musculo-aponévrotique est aussi suturé par des points en capiton, enfin la peau est unie par des points simples, les uns profonds faits avec de gros crins, les autres superficiels avec des crins fins uniquement d'affrontement.

Le pansement consiste en *une compresse stérilisée* sur la ligne de suture, de la gaze iodoformée absorbante au niveau du drain, s'il y en a un, de l'ouate hydrophile stérilisée, de l'ouate ordinaire, le tout maintenu par une ceinture de flanelle fortement serrée.

Quant au traitement consécutif à l'opération, il consiste en grog ou en champagne frappé, auquel très rapidement, dès le deuxième ou le troisième jour, on adjoint du lait et de l'eau de Vichy. La morphine en injections sous-cutanées n'est donnée qu'à petites doses et pour calmer les douleurs. Nous ne cherchons pas à immobiliser les intestins ; bien au contraire. A moins de lésion grave de l'intestin, nous donnons au moindre symptôme péritonéal, au moindre météorisme, un laxatif, le prescrivant en cas de vomissements sous la forme de limonade purgative glacée et administrée à doses fractionnées.

Le drain est retiré au bout d'un temps variable, presque immédiatement dès que le suintement sanguin a cessé s'il n'y a pas de phénomènes d'infection ou, au contraire, plus tard, à des époques variables de 48 heures à 1 mois, en général au bout d'une dizaine de jours.

IV

Si nous prenons en bloc nos 59 cas, nous voyons qu'ils nous donnent 7 morts (1), soit une mortalité générale de 11,86 pour cent; mais si nous séparons notre statistique en deux parties, la première comprenant les opérations de 1888, 1889 et 1890, la deuxième les opérations de 1891 et 1892, nous trouvons que tandis que la première série nous donne 5 morts sur 28 cas, soit 17,8 0/0 de mortalité, la deuxième ne nous donne plus que 2 morts pour 31 opérations, soit 5,71 0/0 seulement de mortalité. Cet abaissement de la mortalité nous paraît en rapport avec ce fait, que c'est depuis cette époque que nous avons systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de nous borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du fond du bassin. C'est en effet en décembre 1890, que nous avons commencé à employer la position élevée du bassin, élévation incomplète, il est vrai (nous ne la faisions qu'avec notre ancien lit opératoire de Mariaud), mais néanmoins suffisante, pour peu que la malade soit bien endormie et ne fasse pas d'effort, à amener la chute des intestins vers le diaphragme. Cette position jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin.

Si nous comparons ces chiffres à ceux que donne l'hystérectomie vaginale appliquée aux mêmes cas, nous voyons qu'ils sont bien supérieurs. Ils le sont alors même que l'on fait aux hystérectomistes la partie belle, alors qu'on compare nos résultats dans les cas suppurés aux leurs dans toutes les inflammations péri-utérines, même en y comprenant les hystérectomies pour ovaires scléro-kystiques. M. P. Segond n'accusait-il pas, au dernier congrès international de gynécologie à Bruxelles, une mortalité de 11 morts pour 102 cas,

(1) Ces malades sont mortes de péritonite (obs. IX, XVIII, XXI, LVI, LVII), d'hémorrhagie continue (obs. XXV), de choc (obs. V).

dont 55 seulement étaient suppurés (1), mortalité portant probablement pour la plus grande part sur les 55 derniers cas. En effet, la première statistique publiée par ce chirurgien et contenant le détail des observations, nous montre que sur 23 cas, les 4 morts avaient exclusivement porté sur des cas suppurés (2).

Faut-il donc craindre les *résultats éloignés ?* Nous avons, dans ce but, recherché ce qu'étaient devenues nos malades ; nous n'avous pu les retrouver toutes, mais nous avons été assez heureux pour en revoir le plus grand nombre. C'est armés de 46 cas, suivis à longue échéance, que nous allons les étudier.

Une malade opérée depuis 1887 n'a plus jamais souffert et a constamment travaillé comme cuisinière ; ses règles ont continué à venir d'une manière régulière, mais il s'est formé une éventration en bosse de polichinelle ; 3 opérées en 1888 n'ont plus souffert : une a ses règles normales, l'autre perd de temps à autre un peu d'eau rousse.

9 opérées en 1889 n'ont plus souffert depuis l'opération ; 5 n'ont jamais eu leurs règles ; 1 les a vues persister pendant 11 mois, puis cesser complètement ; 1 a eu des pertes qui ont nécessité un curettage et qui ont même partiellement récidivé après celui-ci : 1 a des règles un peu abondantes accompagnées de quelques contractions utérines ; 1 enfin, après être restée un an sans rien perdre a vu survenir à ce moment des pertes qui ont duré près de 6 mois, puis ont fait place à un suintement roussâtre, à peine teinté qui persiste encore aujourd'hui.

9 opérées en 1890 n'ont plus souffert depuis l'opération ; 6 n'ont jamais eu de règles ; 1 a eu des pertes pendant 10 mois puis des règles régulières ; 1 a de petites règles d'eau rousse ; 1 voit ses règles tous les 3 mois.

7 opérées en 1891 n'ont plus souffert depuis l'opération ; 1, porteuse d'une fistulette pyostercorale, a encore quelques

---

(1) D'après la *Semaine médicale*, 1892, p. 370.

(2) *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. I, p. 161.

petites douleurs ; 1 n'a jamais eu ses règles ; 1 les a eues 3 fois en août, octobre 1891 et mai 1892 ; 1 les a presque tous les deux mois ; 3 ont des règles un peu irrégulières ; 1 a eu deux pertes pendant la première année, puis rien.

16 opérées en 1892 n'ont plus souffert depuis l'opération ; 2 ont encore de petites douleurs ; 10 n'ont jamais eu de règles ; 3 ont des règles régulières ; 1, après avoir été réglée pendant 8 mois d'une manière régulière, a vu ses règles se rapprocher, devenir plus abondantes et a dû subir récemment un curettage.

En résumé : 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération ; 2 souffrent encore bien réellement, 2 ont de petites douleurs de temps à autre ; *aucune n'est immobilisée ;* 22 n'ont jamais eu leurs règles ; 6 ont des règles régulières, 3 depuis le moment de l'opération, 2 après avoir eu pendant 10 et 11 mois des pertes, 1 après avoir eu deux pertes pendant la première année ; 3 ont des règles un peu irrégulières ; 3 les voient apparaître à 2 et 3 mois d'intervalle ; 2 ont eu des métrorrhagies qui ont nécessité un curettage secondaire ; 1 a des règles plus abondantes que normalement ; 1, après être restée un an sans rien voir, a eu des pertes pendant quelques mois puis perd constamment un peu d'eau rousse ; 1 a de petites règles caractérisées par un écoulement d'eau à peine teintée.

Les résultats éloignés de la laparotomie sont donc en somme excellents. Le fait est d'autant plus intéressant que, sur les 46 opérées, que nous avons pu suivre, il y en a 6 dont nous avons conservé les annexes d'un côté (obs. I, IV, VII, XIII, XXXII, XXXV).

Quelles raisons invoquer dès lors en faveur de l'hystérectomie ?

L'*éventration* ? Mais depuis que nous avons substitué à la suture à un seul plan, la suture à étages, c'est-à-dire depuis le mois d'avril 1890, nous n'avons observé qu'un cas d'éventration (obs. XLIV). Il s'agissait d'une tousseuse habituelle, qui a eu, dans les jours qui ont suivi l'opération, une poussée de broncho-pneumonie.

L'impossibilité opératoire ? Mais nous avons toujours pu opérer et nous croyons pouvoir dire que ce qui n'est pas possible pour un chirurgien l'est pour un autre armé d'une meilleure technique. La preuve en est dans notre dernière observation (obs. LIX) : dans une première laparotomie, le chirurgien d'un autre hôpital renonça à l'ablation des annexes ; cette malade s'est présentée à nous ; nous avons incisé de nouveau l'ancienne cicatrice, fait l'ablation des annexes et la malade a guéri.

La nécessité de faire une hystérectomie secondaire ? Vraiment nous ne savons comment s'y prennent dans leurs laparotomies les prôneurs de l'hystérectomie pour trouver tant de cas où cette opération devient secondairement nécessaire. *Nous n'avons jamais été obligés d'y recourir* et cependant nous avons retrouvé la majeure partie de nos anciennes opérées (46 sur 52). Dans deux cas seulement une deuxième intervention a été nécessaire, elle a consisté en un simple curettage.

Le seul inconvénient, que nous avons constaté, est la persistance dans quelques cas, sinon d'une fistule pyostércorale, tout au moins d'une *fistulette stercorale* donnant de temps à autre une goutte de liquide (obs. XXII, XXVIII, XXXIX, XLII, XLVII, XLVI), encore n'avons-nous pas perdu l'espoir de guérir les malades qui les portent, lorsqu'elles voudront bien, comme celles des observations XXII et XXXVII, rentrer dans le service pour guérir leur petite infirmité, si peu gênante le plus souvent qu'elles ne tiennent pas, pour s'en débarrasser, à se soumettre à un nouveau séjour hospitalier (1).

Ces fistules ne sont du reste pas spéciales à la laparotomie, et elles peuvent s'observer aussi à la suite de l'hytérectomie vaginale, qui de plus expose les malades aux lésions

(1) Ajoutons que dans 7 autres cas nous avons observé une fistule stercorale temporaire durant de 3 jours à plusieurs mois (obs. VI, VIII, XII, XVI, XXVII, XXXIV) et que dans deux cas nous avons vu une fistule purulente persister 11 et 13 mois (obs. XXIV et VI), tous ces cas ayant guéri spontanément et définitivement.

de la vessie et de l'uretère, lésions qui nous sont inconnues.

Que conclure de tout cela ?

Dans les suppurations salpingo-ovariennes, la laparotomie donne des *résultats éloignés parfaits* et comme sa gravité est moindre, comme elle permet, dans un certain nombre de cas, de conserver sans accident les annexes d'un côté, elle est bien manifestement supérieure à l'hystérectomie, car nous ne pensons pas que le fait d'éviter une cicatrice abdominale soit un motif suffisant pour permettre à un chirurgien d'augmenter les risques de mort de son opérée.

L'hystérectomie vaginale mérite cependant d'être conservée ; elle est indiquée dans les suppurations, d'ailleurs rares qui occupent, des deux côtés, le tissu cellulaire péri-utérin ; elle l'est aussi dans certaines pelvipéritonites à loges multiples, heureusement exceptionnelles (1 cas sur 59).

Nous y avons eu recours 4 fois dans ces deux dernières années ; 1 malade qui avait en même temps un fibrome est morte, 2 sont radicalement guéries, 1 opérée depuis 1 mois 1/2 présente encore un peu d'élévation de température le soir et laisse écouler par le vagin une quantité de pus assez abondante (1).

Pour compléter ce que nous avons à vous dire sur les cas de suppuration péri-utérine qui se sont présentés à nous, nous nous rappellerons que deux fois, en présence de foyers facilement accessibles par le vagin, nous avons eu recours à la *simple incision vaginale de la collection* qui a suffi pour assurer à ces malades une suppression complète des douleurs, persistant encore aujourd'hui après 18 mois écoulés. Peut-être aurions-nous pu y recourir dans un nombre de cas un peu plus grand, la persistance du maintien de la guérison nous engage à le faire dans l'avenir.

Obs. I. — M. V., femme V..., 25 ans. Deux accouchements à

(1) Nous avons dû, ces jours derniers, réendormir la malade et placer après dilatation un gros drain dans la poche dont l'orifice vaginal s'était rétracté malgré la large brèche faite par l'hystérectomie. Ajoutons qu'une 5e malade, hystérectomisée pour salpingite suppurée, depuis la rédaction de ce mémoire, a guéri rapidement et sans incident.

terme sans accidents, l'un en 1883, l'autre en 1885, métrorrhagies en janvier 1887. Dilatation utérine dans le service de M. Duplay, accidents de pelvipéritonite consécutifs.

22 novembre 1887. Laparotomie, par M. Terrier. — Tumeur adhérente à la face postérieure de l'utérus, au plancher pelvien, partiellement enclavée dans le ligament large droit, ablation. Les annexes gauches sont laissées en place. Pas de drainage. Guérison.

La trompe droite contenait 5 à 600 grammes de pus ; elle englobait l'ovaire déformé et enflammé. Il existait de petites productions kystiques à contenu séreux dans le ligament large.

10 octobre 1892. — Depuis l'opération les règles sont venues régulièrement toutes les trois semaines. Elles coulent bien pendant 2 jours, s'arrêtent puis reprennent un peu pendant 2 à 3 jours, aucune perte blanche dans leur intervalle. Aucune douleur abdominale, mais large éventration en bosse de polichinelle. L'utérus antéfléchi est mobile, relié aux parois de l'excavation par deux tractus indurés, le gauche plus volumineux que le droit. Le tout est indolent et la malade fait, sans la moindre fatigue, son métier de cuisinière.

Obs. II. — L. H., femme M..., 24 ans, deux accouchements à terme sans accidents, l'un en 1884, l'autre en 1886. La malade a des pertes blanches et souffre de douleurs abdominales nécessitant l'alitement depuis le 1er novembre 1887.

3 janvier 1888. Laparotomie par M. Terrier. — Tumeur occupant la partie latérale gauche et postérieure de l'excavation. Elle adhère à l'utérus, à l'épiploon et à l'oméga iliaque ; un foyer suppuré s'enfonce dans le ligament large. Les annexes droites sont laissées. Drainage, suppression du drain le 9e jour. Guérison sans fistule.

La trompe contenait du pus, mais le foyer principal était ovarien (on trouve dans la paroi de la poche, à l'examen histologique, des vestiges de l'ovaire).

Obs. III. — L. R., femme F..., 41 ans. Jamais de grossesse. Règles irrégulières et petites métrorrhagies intercalaires depuis 7 ans. Douleurs abdominales depuis un an.

30 mars 1888. Laparotomie, par M. Terrier. — Ablation bilatérale des annexes qui adhèrent à l'utérus, à l'épiploon et aux parois

de l'excavation pelvienne. Des deux côtés la trompe suppurée se rompt pendant les manœuvres de décollement. L'utérus est bourré de petits fibromes. Drainage. Le drain est retiré au bout d'un mois. Guérison sans fistule.

20 décembre 1888, on constate un début d'éventration.

14 juin 1890, l'éventration ayant augmenté, on en fait la cure radicale. Réunion à 3 étages.

23 août 1892. — Pas d'éventration, cicatrice longue de 20 centim., commençant à 1 centim. 1/2 au-dessus de l'ombilic et allant jusqu'au pubis. Utérus antéfléchi, mobile. Rien dans les culs-de-sac. Aucune douleur spontanée, ni provoquée ; depuis l'opération la malade n'a jamais eu de règles. Pas d'écoulement vaginal autre que de temps en temps un peu d'eau rousse.

Obs. IV. — C. G., femme M..., 34 ans. Jamais de grossesse. Leucorrhée assez abondante depuis l'âge de 21 ans. Règles normales mais un peu douloureuses. Depuis 4 mois douleurs abdominales au milieu et à gauche, ayant obligé la malade à garder le lit.

17 juillet 1888, Laparotomie, par M. Terrier. — Tumeur adhérente à l'épiploon et s'enclavant dans le ligament large gauche. Constituée par une poche kystique ovarienne contenant 4 litres de liquide verdâtre et une trompe suppurée qui se rompt pendant sa décortication. On laisse l'ovaire droit après l'avoir libéré de quelques adhérences. Pas de drainage. Guérison.

17 mai 1892. — Cicatrice longue de 15 centim., présentant à sa partie supérieure une légère éventration. Aucune douleur, aucune induration, les règles viennent normalement depuis l'opération.

Obs. V. — M. G., femme J..., 29 ans. Jamais de grossesse. Règles très douloureuses depuis l'établissement de la menstruation. Leucorrhée habituelle. Depuis son mariage, à 22 ans, règles très irrégulières, douleurs abdominales depuis l'âge de 23 ans, l'obligeant de temps à autre à garder le lit pendant des périodes de 4 à 8 jours.

20 novembre 1888, Laparotomie, par M. Terrier. — A droite, salpingite suppurée ; abcès stercoral entre le pavillon de la trompe et une anse d'intestin grêle. Adhérences multiples. A gauche, annexes enflammées mais sans suppuration (hydrosalpingite). Drainage.

Après cette opération, qui a duré plus d'une heure et demie, la

malade meurt sans même reprendre connaissance au bout de quelques heures.

A l'autopsie, les reins, le foie et le cœur sont en pleine dégénérescence graisseuse (G. Poupinel).

Obs. VI. — Mlle H..., 22 ans. Règles apparues à 13 ans, toujours irrégulières mais indolentes, depuis juillet 1888, à diverses reprises crises péritonitiques revenant particulièrement au moment des règles.

4 *février* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche, poche suppurée salpingienne contenant un bon verre de pus crémeux, adhérente à l'épiploon, à l'utérus, aux parois de l'excavation et à l'intestin grêle qui est perforé pendant la décortication. A droite, trompe et ovaire kystiques adhérents. Les annexes enlevées des deux côtés, la perforation intestinale est suturée au catgut. Drainage. Constatation de matières intestinales dans le drain le 4e jour. Le 22e jour le drain est supprimé. Guérison.

Il persiste une fistule jusqu'en mai 1890.

Janvier 1893. — La fistule est depuis ces trois ans restée fermée, la malade se porte bien et n'éprouve aucune douleur abdominale.

Obs. VII. — Mme de C..., 20 ans. Réglée à 12 ans, normalement jusqu'à 14; à ce moment, suspension pendant 8 à 10 mois et, depuis cette époque, règles douloureuses au point de nécessiter l'alitement. Peu de temps après, pertes blanches qui nécessitent des cautérisations. Mariée à 22 ans, 2 enfants, 1 à 23, 1 à 26 ans. Couches bonnes. En décembre 1888, abcès de la fosse iliaque droite s'ouvrant spontanément dans le vagin et s'y vidant pendant une quinzaine de jours. Alitement à peu près complet depuis cette époque.

17 *février* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Double salpingite ; adhérences multiples à l'épiploon, à l'intestin et à l'utérus à droite; entre la trompe, l'intestin grêle et le cæcum se trouve un abcès fécal. On constate, ce qu'on n'avait pas soupçonné antérieurement, une perforation de l'appendice que l'on résèque et qu'on lie. Drainage. Le 6e jour, écoulement intestinal mêlé au pus. Le drain n'est supprimé que le 1er avril. Guérison sans fistule.

Les règles ont continué après l'opération ; elles sont même devenues plus abondantes et douloureuses, si bien qu'en mars 1892, M. Terrier fait un curettage de l'utérus.

Janvier 1893. La malade va très bien, ne souffre pas et fait de

longues courses à pied. Depuis quelques mois, les pertes ont reparu avec douleurs de reins et poussées d'hémorrhoïdes fluentes.

Obs. VIII. — M. C., femme G..., 42 ans. 5 grossesses ; les 3 premières d'un premier mari, menées à terme sans accident ; les 2 dernières, d'un deuxième mari, se sont terminées par 2 avortements, l'un il y a 5 ans de 6, semaines; l'autre, il y a 3 ans, de 4 mois. Depuis sa première fausse couche la malade a constamment souffert du ventre, surtout à droite et des reins.

En octobre 1888, elle fut prise, à la fin d'une période menstruelle, d'une poussée péritonitique qui l'a tenue alitée pendant 4 mois. Au bout de 2 mois elle a commencé à rendre du pus par l'anus, en grande quantité d'abord puis d'une façon intermittente. Elle en rend encore pendant les jours qui précèdent l'opération.

2 *avril* 1889. *Laparotomie* par M. Terrier. — A gauche, poche salpingienne contenant 250 grammes de pus. A droite, tumeur plus petite, adhérente à l'intestin, constituée par la trompe épaissie, au-dessus et en arrière de laquelle se trouve une poche suppurée. Drainage.

Vers le 15e jour on constate l'issue par le drain de matières stercorales mêlées au pus. Cet écoulement dure 2 à 3 jours puis cesse.

Cicatrisation complète le 29 mai.

Octobre 1889. — La malade va toujours très bien ; elle n'a ni douleur, ni fistule, ni éventration. Aucun écoulement sanguin, ni autre par la vulve depuis l'opération.

Obs. IX. — Z. M..., 44 ans. Règles apparues à 14 ans, toujours douloureuses. Mariée à 22 ans, jamais de grossesse. Il y a 20 mois, symptômes de pelvipéritonite suivis de l'ouverture d'un abcès dans le rectum. Pendant 7 mois, la malade a constaté la présence de pus dans ses garde-robes. Elle ne s'est jamais remise depuis cette époque.

21 *mai* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A droite, trompe dilatée, pleine de pus, adhérente au rectum et à l'utérus ; elle se crève pendant la décortication. A gauche, lésions inflammatoires des annexes qui sont aussi enlevées. Drainage.

Mort le 26 mai ; dès le 24, on avait constaté l'issue par le tube de matières intestinales.

A l'autopsie, péritonite généralisée ; à 10 centim. environ au-dessus de l'anus, sur la paroi antérieure du rectum existe une per-

foration arrondie, large d'un demi-centimètre environ. Quelques exulcérations se voient sur la muqueuse rectale au voisinage de cette perforation qui répond au centre d'une ulcération et qui existait certainement avant l'intervention.

Obs. X. — M. E., femme B..., 25 ans. Réglée à 16 ans, règles toujours très abondantes et douloureuses. Mariée à 23 ans et demi; 13 mois après, accouchement à terme, rapide. Inertie utérine. Délivrance artificielle. Accidents fébriles consécutifs; douleurs abdominales, et depuis cette époque (15 octobre 1888), alitement constant ayant nécessité des séjours successifs dans divers hôpitaux.

25 *mai* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences épiploïques derrière le pubis. A droite, trompe suppurée, hématome de l'ovaire; foyer suppuré en avant du ligament large. A gauche, ovaire gros et kystique du volume d'une mandarine, trompe augmentée. Drainage. Guérison. Le 16 juillet, la malade quitte l'hôpital, portant toujours un drain.

Dans les premiers jours d'août, on perd la malade de vue. Le drain avait été progressivement raccourci, puis supprimé, la suppuration s'étant à peu près tarie. Tout porte à croire que si la malade a cessé de venir au pansement, c'est que la fistule s'est fermée définitivement.

Obs. XI. — Mad. R..., 34 ans, mariée à 28 ans; jamais de grossesse; depuis 1880 règles plus abondantes, un peu douloureuses, régulières; depuis 1887 douleurs vives au moment des règles qui s'accompagnent quelquefois de véritables pertes. Les douleurs vont en augmentant, l'obligent de temps à autre à prendre le lit et finalement, en avril 1889, elle est traitée pour une poussée péritonitique. Les urines péritonitiques, survenant surtout à l'occasion des règles, s'accompagnent d'élévation de la température qui monte pendant plusieurs jours consécutifs le soir, au-dessus de 39°.

10 *juin* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale et à la tumeur. A droite, décortication pénible d'une poche salpingienne dont la ponction a préalablement retiré 600 grammes de pus crémeux. A gauche, foyer suppuré salpingo-ovarien de même adhérent, mais plus facilement enlevé. Drainage.

Le drain est supprimé le 20e jour.

Guérison sans fistule.

En *août* 1892, la malade se porte toujours bien, elle ne souffre pas, n'a pas de fistule, mais les règles ont persisté, sont même plus abondantes que normalement et s'accompagnent quelquefois de contractions utérines douloureuses.

Obs. XII. — Mad. F..., 39 ans. Mariée à 19 ans, une grossesse à terme à 20 ans. En 1873 et en 1874, poussées de péritonite nécessitant des séjours de deux mois au lit. En 1875, trois atteintes légères. Puis rien jusqu'en 1883, où deuxième grossesse à terme suivie de phlegmatia. Se porte bien jusqu'en 1888, époque où les règles deviennent irrégulières, où elle souffre de douleurs abdominales. En mars 1889, poussée nette de pelvipéritonite.

19 *juin* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Des adhérences intestinales très solides cachent l'excavation. Elles sont fibroïdes, saignent à peine quand on les coupe, et paraissent répondre surtout à l'anse oméga. On pédiculise avec peine les annexes droites suppurées et adhérentes. A gauche, pendant la décortication une poche purulente se rompt. Drainage.

Le 4e jour issue de gaz et de matières intestinales par le drain qui dès le lendemain est progressivement raccourci. Guérison sans fistule.

27 *novembre* 1891. Les règles ont persisté jusqu'au 15 mai 1891. En juin, juillet et octobre 1891, elle a eu à trois reprises de petites douleurs dans le côté gauche de l'abdomen.

L'utérus est normal, le col est entr'ouvert ; à droite et à gauche existent deux petites indurations, celle de gauche sensible à la pression.

Obs. XIII. — A. L..., femme T..., 33 ans. Grossesse à terme en 1874 ; 2e grossesse à terme en 1876 ; fausse couche de 6 mois en 1881 ; 4e grossesse terminée par un accouchement à terme en 1886. Il y a un an, à la suite d'un avortement de deux mois (?) péritonite. 4 mois plus tard, alors que les symptômes aigus avaient complètement disparu, on constate l'existence d'une tumeur abdominale. En décembre 1888, ouverture d'un abcès dans le rectum. Depuis cette époque, l'écoulement purulent rectal n'a jamais cessé que pendant des périodes de quelques jours. Au moment où la malade entre à l'hôpital, elle rend du pus constamment par l'anus depuis 6 semaines.

27 *juillet* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Après avoir

décollé quelques adhérences épiploïques, on retire par ponction 300 grammes de pus de la tumeur, que l'on décortique ensuite en totalité des intestins du fond de la partie latérale droite et postérieure de l'utérus. La poche purulente enlevée, on ne voit pas les annexes qu'on ne cherche pas. Drainage.

Guérison sans fistule stercorale à aucun moment.

En *août* 1892, la malade nous écrit qu'elle va très bien et que depuis l'opération, elle n'a jamais rien constaté d'anormal du côté de l'abdomen.

Obs. XIV. — M. M..., 44 ans. Une grossesse à terme en 1870; accouchement suivi d'accidents qui ont nécessité un alitement de 3 mois. Depuis cette époque a constamment souffert du ventre.

20 *août* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Un peu d'ascite. La trompe droite suppurée, du volume de l'intestin grêle, encadre l'ovaire, on la détache péniblement de ses adhérences à l'intestin et aux parois de l'excavation. Pendant les manœuvres la poche se crève. A gauche les lésions sont identiques, les adhérences au rectum très serrées saignent plus que du côté droit. Drainage.

Guérison sans fistule.

Obs. XV. — J. L..., femme R..., 39 ans.

1er *octobre* 1889. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences de l'épiploon. La trompe droite volumineuse et suppurée est ponctionnée puis libérée de ses adhérences en bas et en arrière. Elle est partiellement enclavée dans le ligament large.

A gauche, annexes enflammées, adhérentes, mais non suppurées; la trompe contient un liquide citrin. Drainage.

Guérison; une fistule a persisté jusqu'en décembre, elle s'est fermée à cette époque à la suite de l'ablation avec une pince des fils qui enserraient chaque pédicule, l'une des chaînes le 5 décembre, l'autre le 26.

29 *mars* 1893. La malade est restée un an sans rien voir, ni souffrir. Pendant les 6 mois qui ont suivi elle a eu à peu près toutes les 3 semaines des pertes sanguines avec caillots et sans douleurs. Ces pertes ont cessé mais ont fait place à un écoulement roussâtre peu abondant, à peine teinté qui persiste encore aujourd'hui.

La cicatrice mesure 18 centim.; elle est régulière sans éventration. L'utérus est gros, mobile, un peu sensible à la pression. Il

n'y a rien dans les culs-de-sac, mais la malade très grosse se plaint de lassitude générale, de peu d'appétit et de dégoût pour la viande.

Obs. XVI. — P. G., femme J..., 40 ans, quatre enfants, le dernier il y a 18 ans. Il y a 15 ans, douleurs très violentes dans le côté droit du petit bassin, attribuées à une ovarite. Depuis cette époque elle a constamment souffert, l'évolution chronique du mal se compliquant de temps à autres de poussées pelvipéritonitiques. En octobre 1889, premier séjour à l'hôpital Bichat, d'où elle sort améliorée après avoir évacué un abcès par l'anus. La guérison ne survenant pas, la malade s'affaiblissant et continuant à rendre du pus par l'anus, elle rentre dans le service le 19 février 1890.

22 *mars* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Un peu d'ascite. Les adhérences épiploïques détachées, on ne voit que le fond de l'utérus soudé à des anses d'intestin grêle et aux parois de l'excavation. Peu à peu on arrive à distinguer une poche suppurée à gauche ; on en retire par ponction un demi-verre de pus d'odeur infecte. Finalement on énuclée de la face postéro-latérale gauche de l'utérus et des parties postérieures du ligament large correspondant, une masse formée par l'ovaire et la trompe suppurée. A droite et en arrière, on décortique péniblement les annexes enflammées, très adhérentes, mais non suppurées. Drainage ; deux pinces sont laissées à demeure sur le bord utérin gauche qui saigne.

Guérison ; fistule stercorale constatée le 24. La malade quitte l'hôpital porteuse d'une fistule dans laquelle pénètre encore un petit drain.

Mars 1893. La malade va très bien, ne souffre pas et n'a pas de fistule.

Obs. XVII. — G..., 39 ans ; une grossesse à terme en 1879 ; une fausse couche de 5 mois en 1880. Réglée à 17 ans 1/2, elle aurait eu à 18 ans une première poussée péritonitique l'ayant tenue 4 mois alitée ; 2e poussée à 33 ans ; 3e poussée il y a 6 mois ; depuis cette dernière les douleurs n'ont jamais reparu.

25 *mars* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences de l'intestin à la paroi abdominale gauche, vers la fosse iliaque ces adhérences très intimes sont coupées en empiétant sur le péritoine pariétal ; on ouvre ainsi une cavité contenant quelques cuillerées à café de pus. La trompe et l'ovaire droits adhèrent à l'appendice iléo-cæcal ; pendant les manœuvres de décollement de la paroi de

l'excavation, la trompe se rompt et laisse écouler du pus visqueux. Libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus qui adhèrent à l'épiploon et à des anses d'intestin grêle. A gauche, la trompe et l'ovaire sont profondément situés et aussi très adhérents. La trompe est suppurée. Cure radicale d'une hernie ombilicale concomitante. Drainage.

Guérison sans fistule, le drain a été supprimé le 8e jour.

28 *mars* 1893. Depuis l'opération, la malade n'a plus jamais eu ses règles. Pas de pertes blanches. Engraissement notable. Pas de douleurs, bien que la malade ait repris ses occupations. Ventre partout souple, indolent. Utérus petit, mobile ; rien dans les culs-de-sac. La malade n'a jamais porté de ceinture. La cicatrice, longue de 14 centimètres, dépasse en haut l'ombilic, elle est régulière, sans éventration.

Obs. XVIII. — F. R..., 30 ans. 6 grossesses à terme de 18 à 28 ans. Il y a trois mois, après un retard de 9 semaines dans les règles, survint une perte avec caillots abondants (avortement ?). C'est à la suite de cet accident que survinrent les douleurs abdominales qui nécessitèrent un séjour de deux semaines à Lariboisière. Les douleurs avaient un peu diminué lorsqu'il y a 8 jours elle rendit par l'anus une assez grande quantité de pus. L'écoulement purulent a persisté depuis ce moment.

29 *mars* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Après avoir déchiré quelques adhérences épiploïques à droite on tombe sur une tumeur à contenu séro-sanguin située à la partie supérieure du ligament large. Au-dessous on ouvre une poche suppurée. Pour l'enlever, on crée dans le ligament large une brèche limitée en dehors par un moignon constitué par la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, en dedans par le bord de l'utérus qui saigne et sur lequel on laisse des pinces à demeure. A gauche, les annexes non suppurées sont enlevées sans difficulté après déchirure de quelques adhérences. Drainage.

Mort de péritonite le 4e jour. Pas d'autopsie.

Obs. XIX. — M. G., femme R..., 38 ans. 8 fausses couches, la dernière en 1889 ; depuis janvier 1890 a des crises péritonitiques qui reviennent à intervalle variable et durent 4 à 8 jours.

1er *avril* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Après avoir détaché des adhérences épiploïques, on retire par ponction de l'ovaire

gauche 2 à 300 grammes de pus rougeâtre. La poche vidée on la sépare de l'appendice iléo-cæcal, d'anses d'intestin grêle, du méso-côlon descendant et de l'anse oméga ; les adhérences à ce dernier très résistantes ont dû être sectionnées au bistouri. La libération faite, on constate qu'en un point de l'oméga toutes les tuniques externes sont déchirées et que la muqueuse fait hernie ; 5 points de soie fine ferment cette déchirure. A droite, ablation facile d'un kyste parovarien du volume du poing. Drainage. Guérison.

Juillet 1892. La malade a depuis son opération de petites règles peu abondantes et peu colorées, comme de l'eau rousse. Elle n'a pas de fistule, pas d'éventration, pas de douleurs et un état général excellent. Elle est simplement un peu lasse lorsqu'elle reste longtemps debout.

Obs. XX. — B..., 29 ans. Mariée à 27 ans, a accouché à terme d'un garçon à 28 ans. Peu après l'accouchement, a commencé à avoir de la pesanteur dans les reins ; 3 mois plus tard il s'y ajoutait des douleurs assez vives dans le bas-ventre, enfin des symptômes péritonitiques qui l'obligèrent à s'aliter.

12 *avril* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche, les annexes sont adhérentes, surtout l'ovaire qui tient assez fermement aux parois de l'excavation ; en l'attirant on ouvre plusieurs petites poches suppurées. A droite, les annexes sont plus profondément situées et encore plus adhérentes à l'utérus et au rectum, le tout formant une masse, solidement fixée. La trompe, du volume du pouce, est pleine de pus grumeleux. Drainage. Pour la première fois on emploie la suture à 3 étages, 2 à la soie pour le péritoine et les couches musculo-aponévrotiques, 1 au crin pour la peau. Guérison.

13 *octobre* 1892. La petite fistule que la malade portait à sa sortie de l'hôpital s'est fermée au bout de 15 jours après l'issue d'un fil. Les règles sont venues deux fois, 3 mois après l'opération, puis de nouveau 3 mois après. La cicatrice est régulière, sans éventration, longue de 17 centim. L'état de santé est florissant ; la malade n'a jamais eu la moindre douleur depuis l'opération et a notablement engraissé.

Obs. XXI. — E. G., femme B..., 34 ans. 3 enfants ; le dernier il y a 11 ans. C'est depuis son dernier accouchement qu'elle souffre

de l'abdomen. En août 1889, symptômes de pelvipéritonite suivis de l'ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum.

26 *avril* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Grandes difficultés dans la décortication des annexes qui sont très adhérentes des deux côtés. A droite, on crève en détachant l'ovaire un foyer plein de pus infect, la trompe elle-même est augmentée et suppurée. Drainage. Suture de la paroi au fil d'argent.

Mort de péritonite dans la nuit du 29 au 30. Pas d'autopsie.

Obs. XXII. — J. D..., 24 ans. Une grossesse à terme à 19 ans; depuis cette grossesse elle a des pertes blanches et des douleurs hypogastriques. En août 1889, poussée de pelvipéritonite pour laquelle elle fait un séjour de 3 mois dans le service de M. Blache. Deux curettages successifs dans le service de M. Trélat, un en janvier, un en février 1890, curettages qui laissent persister l'écoulement utérin purulent.

13 *mai* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Ablation facile des annexes droites; à leur niveau existait une poche de pelvipéritonite circonscrite à contenu séreux.

A gauche, les annexes sont très adhérentes, la trompe contient 200 gr. de pus d'odeur infecte, l'ovaire est kystique. En dehors, 3 pinces à pression sont laissées à demeure sur le ligament large qui saigne et servent de drain.

Le 18 mai, constatation d'un écoulement intestinal par le drain qu'on a placé au bout de 48 heures après l'ablation des pinces.

En mai 1891, la malade, ayant conservé une fistule pyostercorale, venant de l'anse oméga, rentre dans le service. Dilatation de la fistule avec des laminaires. Gros drain. Guérison.

Août 1892, La guérison s'est maintenue parfaite. Il n'y a pas d'écoulement vaginal, pas de douleur, pas d'éventration, pas de fistule, pas de règles.

Obs. XXIII. — A. R., femme H..., 43 ans. Une seule grossesse à terme à 24 ans. En mars 1890, poussée de pelvipéritonite. 7 semaines après, étant en train d'uriner, elle ressent un déchirement douloureux et constate que ses urines contiennent des matières fécales. Ce mélange des fèces à l'urine existe encore au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

28 *juin* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences de l'utérus en arrière et à gauche; de ce côté, ovario-salpingite suppu-

rée, à son niveau sorte d'infundibulum dans un repli intestinal; il existe probablement une perforation en ce point, mais on ne la distingue pas. De même on ne voit pas la perforation vésicale. Un gros drain y est placé. A droite, ablation facile d'une salpingo-ovarite non suppurée. Suture de la paroi à étages.

Guérison sans fistule.

19 *octobre* 1892. La malade a été frappée en octobre 1891 d'une hémiplégie gauche suivie de contracture, mais à part cet accident, elle n'a plus jamais souffert de son petit bassin. Les mictions sont normales; il n'y a rien dans les urines. La cicatrice, longue de 12 centim., est régulière, sans éventration.

Obs. XXIV. — L. M..., 22 ans. Un accouchement normal au cours d'une blennorrhagie à 20 ans. C'est à cette époque que remontent les accidents (ménorrhagies, douleurs abdominales, etc.) qui ont nécessité plusieurs séjours hospitaliers.

21 *octobre* 1890. *Laparotomie*, par M. Hartmann. — Adhérences épiploïques. Suppuration bilatérale des trompes qui avec les ovaires, le fond de l'utérus, le rectum et les parois de l'excavation, forment une masse indistincte. La décortication des annexes est très pénible. Drainage. Suture de la paroi à étages.

Guérison avec une fistule qui, en décembre, laisse écouler un peu de sang la veille d'un jour où apparaît un écoulement sanguin par la vulve.

17 *mars* 1893. Le trajet fistuleux a persisté jusqu'en juillet 1891, époque où il s'est fermé spontanément. Pendant tout ce temps, la malade a eu des règles très abondantes, presque de véritables pertes. Depuis cette époque les règles sont normales, il n'y a aucune douleur, pas d'éventration et la malade se trouve en parfaite santé.

Obs. XXV. — Mme S..., 33 ans.

24 *novembre* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Un peu d'ascite sanguinolente. Adhérences de l'épiploon, l'utérus et les annexes sont confondus ensemble. Isolement pénible de l'utérus et des annexes suppurées entourées de loges de pelvipéritonite séreuses ou purulentes.

Drainages. Suture à étages.

Mort au bout de 36 heures, d'hémorrhagie continue.

Obs. XXVI. — Mad. M..., 39 ans. Premier accouchement à terme

à 17 ans 1/2; 2e accouchement à 19, suivi d'une poussée péritonitique qui a nécessité un alitement de 2 mois; 3e accouchement à 20 ans, suivi de même de symptômes péritonitiques puis d'un phlegmon du ligament large ouvert dans le vagin et ayant tenu la malade au lit pendant trois mois. Six mois plus tard, fausse couche de 2 mois.

Depuis 1874, douleurs abdominales siégeant surtout à droite, existant constamment mais s'exaspérant sous forme de crises.

27 *novembre* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Isolement difficile des annexes très adhérentes au fond de l'excavation et suppurées à droite (ovaire et trompe). Réunion à trois étages.

Décembre 1892. La malade s'est toujours très bien portée depuis l'opération, à part de violentes coliques hépatiques.

Obs. XXVII. — C. G..., 26 ans.

20 *décembre* 1890. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences épiploïques. A gauche, suppuration de la trompe que l'on ponctionne. Les annexes de ce côté sont très adhérentes, et, après leur décortication, on voit passer des gaz venant du rectum. A droite, les annexes sont, de même, suppurées et leur décollement pénible. Suture à étages. Drainage.

Le 24, on constate l'écoulement par le drain de liquide intestinal. La fistule ne se ferme que dans les premiers jours de mars 1891.

Janvier 1892, La guérison est restée parfaite, aucun écoulement, ni autre par la vulve. Pas de douleurs, pas de fistule, pas d'éventration.

Obs. XXVIII. — M. M..., femme M...

27 *décembre* 1890. *Laparotomie avec position élevée du bassin*, par M. Hartmann. — Adhérences épiploïques. A droite, grosse salpingite suppurée adhérente à la face postérieure de l'utérus et au rectum et fusionnée avec un ovaire kystique. Ablation relativement facile. A gauche, annexes plus petites, suppuration de la trompe et de l'ovaire, le tout formant une masse partiellement incluse dans le ligament large et adhérente à l'anse oméga. Tamponnement iodoformé, une pince à pression est laissée à demeure sur l'intestin oméga. Réunion à trois étages.

On constate, le 3 janvier, la présence de matières intestinales dans le pansement.

En juillet 1891, dilatation de la fistule, gros drain. Depuis ce

moment, il ne persiste plus qu'une fistulette fermée la plus grande partie du temps.

Septembre 1892. La malade va toujours très bien et mène une vie assez dure. Jamais la moindre douleur, mais de temps à autre une goutte liquide apparaît à la partie inférieure de la cicatrice qui se rouvre. Il persiste très probablement une petite communication avec l'intestin.

Obs. XXIX. — Mme B..., 28 ans, réglée à 13 ans 1/2, irrégulièrement. Mariée à 24 ans. Jamais de grossesse. Un an après le mariage, règles douloureuses, leucorrhée. En 1889, traitée pour une métrite.

En juillet 1890, symptômes pelvipéritoniques ; on constate à ce moment la lésion des annexes.

4 *février* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche, ablation facile des annexes, après rupture d'adhérences celluleuses : la trompe dilatée encadre l'ovaire. A droite, la trompe suppurée adhère au rectum et à l'ovaire, lui-même adhérent aux parties avoisinantes. Drainage.

Le drain est supprimé au premier pansement.

Guérison sans fistule, mais jusqu'en fin mai 1891, a eu quelques points suppurants par lesquels se sont éliminés des fils de soie de la paroi.

Juillet 1892. La cicatrice mesure 14 centim. ; pas trace d'éventration ; l'utérus est petit, mobile ; les culs-de-sac sont libres, indolores ; le seul trouble est vésical, il y a eu de la cystite post-opératoire et il persiste, de temps à autre, un peu de fréquence dans les mictions. Les règles sont venues trois fois depuis l'opération, en août et en octobre 1891, en mai 1892. Il n'y a aucune douleur ni par la marche ni par la voiture.

Obs. XXX. — M..., 36 ans. 7 enfants et 2 fausses couches, la première de deux mois à 19 ans, la deuxième de deux mois aussi en septembre 1890. Les accidents remontent à cette dernière (métrorrhagies, écoulement vaginal, douleurs abdominales l'obligeant souvent à garder le lit). Fièvre, la température le soir atteint souvent et même dépasse 39°.

7 *février* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche, annexes forment une masse adhérente au rectum, à l'utérus et aux parois de l'excavation. On les ponctionne et l'on en retire avec

l'appareil Potain un verre de liquide séro-purulent; 2 pédicules, l'un utérin, l'autre utéro-ovarien. A droite, mêmes manœuvres, la trompe est énorme et adhérente de tous côtés, l'ovaire fusionné avec la face postérieure du ligament large.

Après ligature du pédicule on constate que ce ligament donne du sang, suture à sa base avec l'aiguille de Reverdin.

Drainage.

Le drain est supprimé le 9 mars.

Guérison.

Obs. XXXI. — M. C..., 35 ans. Une grossesse à terme en 1883. Depuis l'accouchement, après un écoulement sanguin de 3 semaines, les règles ont cessé de venir pendant un an, puis ont reparu, irrégulières, douloureuses et très peu abondantes. Depuis la même époque, douleurs abdominales, plus vives dans les 4 dernières années, s'exaspérant par crises (ballonnement du ventre, vomissements, etc.). En mars 1891, évacuation par l'anus d'une collection purulente spontanément ouverte. L'écoulement purulent continue depuis ce moment, peu abondant.

9 *mai* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — En décollant des adhérences épiploïques à droite, on ouvre un foyer purulent compris entre l'épiploon, des anses d'intestin grêle elles-mêmes adhérentes à la paroi abdominale antérieure, le cæcum et les annexes du côté droit. Le foyer répondait au pavillon de la trompe; l'ovaire n'était pas suppuré. A gauche, isolement facile des annexes. Drainage.

Le drain est supprimé le 21 mai.

Guérison sans fistule.

28 *mars* 1893. Depuis l'opération la malade a eu 6 fois ses règles, en février, en avril, en juin, en juillet, en août et en octobre 1892. Le ventre est partout souple et indolent; l'utérus est petit, antéfléchi, mobile; ni tuméfaction, ni douleurs dans les culs-de-sac. La cicatrice, longue de 11 cent., commence à 2 cent. de l'ombilic et s'arrête à 2 cent. du pubis. Elle est régulière, sans éventration; depuis qu'elle est opérée, la malade n'a jamais souffert, à part quelques troubles digestifs passagers accompagnés de douleurs à l'ombilic.

Obs. XXXII. — M. C..., 25 ans, deux grossesses à terme, la première il y a 4 ans, la deuxième le 23 avril dernier, celle-ci,

suivie de symptômes péritonitiques qui ont nécessité un alitement de deux mois.

15 *juillet* 1891. *Laparotomie*, par M. Hartmann. — Annexes droites fusionnées avec le cæcum, adhérentes à l'utérus, au rectum et au détroit supérieur. Ouverture d'un foyer suppuré tubaire. Annexes gauches saines laissées en place. Drainage.

5 *septembre* 1892. La malade nous écrit qu'elle va très bien, qu'elle n'a aucune douleur. Pas de fistule, pas d'éventration.

Obs. XXXIII. — C. F..., 24 ans. Une grossesse à terme en mars 1890. Depuis cette époque, règles irrégulières, plus fréquentes, plus longues, plus abondantes. Douleurs abdominales qui augmentent et l'obligent en janvier 1891 à cesser tout travail.

23 *juillet* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche nombreuses adhérences au gros intestin et au cul-de-sac de Douglas. A droite, décortication lente, pénible, causant un saignement abondant par suite d'adhérences à l'intestin et à la face postérieure de l'utérus. Les tuniques du rectum comme cartonnées sont déchirées par les manœuvres, la muqueuse restant seule intacte; suture de ces tuniques. (Les deux trompes contenaient du pus.) Drainage.

Le drain est supprimé le 5 août.

Guérison sans fistule.

Obs. XXXIV. — L. M..., 22 ans. Une grossesse à terme il y a 3 ans, depuis cette époque règles très douloureuses, leucorrhée. Douleurs abdominales depuis le mois de mai dernier, l'obligeant à s'aliter.

25 *juillet* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Les intestins adhèrent au fond de l'utérus et aux annexes. A droite, foyer de pus crémeux entre une anse d'intestin grêle et le pavillon de la trompe. A gauche, annexes adhérentes à l'anse oméga et au cul-de-sac de Douglas. Décortication difficile. Drainage.

Le 4 août on constate du sang dans les garde-robes, le 5 écoulement de sang et de matières fécales par le drain. Cet écoulement cesse le 20 août.

Le drain est supprimé le 10 septembre.

La malade quitte l'hôpital avec une fistulette.

Obs. XXXV. — M. L..., 37 ans. Une grossesse à terme à 28 ans, une fausse couche de 3 mois à 30 ans, une de 7 mois à 32, une de

5 mois à 34. C'est depuis cette dernière que la malade se plaint de douleurs abdominales. Il y a 3 semaines, symptômes péritonitiques (douleurs vives, ballonnements, vomissements).

6 *août* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Annexes gauches adhérentes au détroit supérieur, à l'anse oméga épaissie et indurée, à l'épiploon. Écoulement purulent au moment où l'on détache le pavillon de la trompe. Ligature de quelques vaisseaux sur l'intestin dont on touche la surface saignante au thermocautère. A droite les annexes saines sont laissées en place. Pas de drainage. Guérison.

5 *octobre* 1892. Depuis l'opération les règles sont venues d'une manière un peu irrégulière ; la malade reste quelquefois 3 mois sans voir, puis a ses règles deux fois dans le même mois. Aucune douleur ; utérus mobile, ni tuméfaction, ni douleur dans les culs-de-sac. Cicatrice de 13 centim., sans éventration. Pas de leucorrhée.

12 *mars* 1893. Même état.

Obs. XXXVI. — L. S., femme M..., 24 ans. Pas de grossesse. Réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement. Leucorrhée depuis 6 mois. Souffre de l'abdomen depuis le mois d'août ; plusieurs fois obligée de s'aliter.

17 *octobre* 1891. *Laparotomie*, par M. Hartmann. — A gauche, annexes adhérentes à la partie postéro-latérale de l'utérus, à l'excavation, à l'anse oméga dont les tuniques sont épaissies et indurées. Pendant le décollement, ouverture d'un foyer suppuré entre le gros intestin et le pavillon de la trompe. A droite, ablation facile des annexes qui sont enflammées mais non suppurées. Drainage.

Le drain est supprimé le 27 octobre. Guérison.

24 *juillet* 1892. Cicatrice régulière, sans éventration, de 10 centim. Aucune douleur, aucune tuméfaction. Utérus mobile, culs-de-sac libres. Les règles ont continué à venir, mais d'une manière un peu irrégulière depuis l'opération.

Obs. XXXVII. — M. F..., 30 ans. Une grossesse à terme il y a 9 ans ; une fausse couche de 6 semaines deux ans après. Douleurs abdominales et leucorrhée depuis 5 ans ; douleurs plus vives et pertes plus abondantes depuis 6 semaines.

25 *octobre* 1891. *Laparotomie*, par M. Hartmann. — La moitié

gauche de l'excavation est occupée par une masse partout adhérente, fusionnée en arrière avec la deuxième portion de l'anse oméga. Décollement avec l'ongle et aussi dissection aux ciseaux. Pendant ces manœuvres, ouverture d'un foyer suppuré entre le pavillon de la trompe, l'ovaire et le rectum. Libération de l'utérus absolument adhérent en rétroversion. Ablation facile des annexes droites enflammées et non suppurées. Drainage.

Le 31 octobre, constatation d'un écoulement de liquide intestinal par le drain.

La malade sort avec une fistule.

En août 1892, la fistule pyostercorale persistant toujours, la malade se décide à entrer de nouveau dans le service. Il existe une cavité partant de la partie inférieure de la cicatrice et s'étendant à gauche vers le détroit supérieur, immédiatement au-dessous de la paroi abdominale. Dilatation avec des laminaires, curettage qui ramène une double anse de fil entre-croisé. La malade quitte l'hôpital après 10 jours de séjour, portant encore une fistulette hypogastrique.

30 *mars* 1893. La fistulette s'est définitivement fermée quelques jours après la sortie de la malade. La malade, très bien portante, ne souffre aucunement, elle a engraissé de 16 livres; ventre partout souple, indolent, utérus mobile, rien dans les culs-de sac. Aucun écoulement vaginal.

Les règles ne sont venues qu'une fois, un mois après l'opération. La cicatrice, longue de 9 c. 1/2, présente un point faible en bas, sans éventration à proprement parler.

Obs. XXXVIII. — L. R..., 21 ans. Réglée à 15 ans, règles toujours abondantes, avec caillots, douloureuses, un peu plus fréquentes que la normale. A 18 ans 1/2, grossesse à terme, accouchement au forceps. Depuis cette époque, leucorrhée, douleurs abdominales qui vont en augmentant, au point qu'en mars et en novembre 1891 elle a dû s'aliter.

19 *décembre* 1891. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A droite, décollement très lent et difficile des annexes qui adhèrent intimement au rectum et au cul-de-sac de Douglas ; pendant le décollement de la trompe, ouverture d'un petit foyer suppuré. A gauche, adhérences des annexes à l'épiploon et aux parties voisines, le décollement est toutefois plus facile. Pas de drainage.

Guérison.

Octobre 1892. La malade a eu en mai et en août deux pertes sanguines ; elle se porte bien et ne ressent aucune douleur. La cicatrice est longue de 9 centim. 1/2, sans éventration. L'utérus est mobile ; il n'y a ni douleur, ni tuméfaction dans les culs-de-sac.

Obs. XXXIX. — Mme S..., 27 ans. Pas de grossesse. A la suite du traitement d'une rétroflexion par le curettage et le port d'un pessaire intra-utérin, développement de lésions inflammatoires des annexes.

21 *décembre* 1891, *Laparotomie*, par M. Terrier. — A droite, on retire par ponction d'une poche une petite quantité de pus crémeux. Pendant l'isolement de la tumeur, on libère l'appendice cæcal ; ablation de l'ovaire en grande partie détruit par la suppuration, grattage de la poche probablement constituée par la trompe et fusionnée avec le ligament large, lui-même très épaissi. A gauche, après libération des annexes enflammées et suppurées on voit l'utérus qui formait une partie de la paroi de l'abcès.

Résection de l'appendice, dont les parois sont altérées. Drainage.

Dans le courant de janvier, à la suite de la suppression trop précoce du drain, fièvre, douleurs, formation d'une collection qui s'ouvre dans l'intestin. Depuis cette époque on constate le passage de matières intestinales par le drain qui a été replacé.

En *février* 1893 la fistule pyostercorale persiste encore. Vient d'avoir ses règles. Souffre encore un peu.

Obs. XL. — M. L..., 26 ans. Trois grossesses à terme, la première à 19 ans.

Leucorrhée depuis le mois de décembre 1891 ; quelque temps après, douleurs abdominales qui deviennent tellement vives qu'el les nécessitent l'alitement ; 5 à 6 jours plus tard, métrorrhagie qui s'arrête, mais les douleurs continuent.

18 *février* 1892, *Laparotomie*, par M. Terrier. — A droite, isolement pénible des annexes très augmentées de volume. A gauche, trompe distendue par du pus crémeux, adhérente ainsi que l'ovaire. De ce côté on est obligé de refaire le pédicule, les fils ayant coupé les tissus. Drainage.

Le drain est supprimé le 20 février.

Guérison.

Octobre 1892. Les règles ne sont venues qu'une fois depuis l'opération, mais à diverses reprises un peu d'écoulement roussâtre. Aucune douleur.

La cicatrice, longue de 10 centim. 1/2, est régulière, sans fistule, ni éventration. La fistulette, que la malade portait encore à sa sortie de l'hôpital, s'était formée au bout de 8 jours.

En *mars* 1893. Les pertes rouges ont augmenté de fréquence et de durée, elles s'accompagnent de douleurs lombaires; on fait la dilatation utérine et un curettage. Pas d'éventration. Encore un peu de douleur à la pression dans le cul-de-sac postérieur où l'on trouve accolée à l'utérus une petite induration.

Obs. XLI. — E. G., femme B..., 20 ans. Réglée à 14 ans, toujours bien. Pas de grossesse. Depuis 5 à 6 mois quelques douleurs abdominales et lombaires. Il y a 4 mois, crise de douleurs abdominales, suivie de métrorrhagie et ayant nécessité l'alitement; depuis cette époque les douleurs ont persisté avec des paroxysmes passagers.

3 *mars* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérences de l'épiploon aux annexes et à la paroi abdominale près du pubis. A gauche, les annexes forment une masse volumineuse partout adhérente, fusionnée avec le feuillet postérieur du ligament large. Pendant le décollement, la trompe se crève et laisse écouler du pus. On est obligé de refaire le pédicule qui s'est déchiré sous la pression des fils. A droite la trompe contient aussi du pus, mais la libération des annexes est plus facile. Drainage.

Le drain est supprimé le 5 mars.

Guérison sans fistule.

29 *mars* 1893. Depuis l'opération, la malade a eu chaque mois des règles régulières. Pas de pertes blanches dans l'intervalle, cicatrice sans éventration, mais un peu étalée, longue de 12 cent. Utérus antéfléchi, mobile. Rien dans les culs-de-sac. Aucune douleur, a notablement engraissé depuis l'opération.

Obs. XLII. — M. H..., 28 ans. Réglée à 16 ans, règles douloureuses. Pas de grossesse. Il y a deux mois, constatation d'une tumeur dure dans l'abdomen, puis douleurs abdominales survenues au moment des règles et l'ayant obligée à s'aliter.

15 *mars* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Difficultés dans l'ouverture du péritoine partout adhérent; on y arrive cependant

en prolongeant l'incision par en haut. Évacuation à gauche d'une hématocèle non suppurée. A droite, ouverture d'une poche suppurée probablement constituée aux dépens des annexes qu'on ne peut reconnaître. Tamponnement iodoformé et drain.

Guérison avec persistance d'une fistule.

En août, dilatation du trajet, ablation d'un double nœud de soie. La fistule persiste.

En *février* 1892, la fistule persiste toujours; il n'y a pas d'éventration ; mais en examinant avec soin le pus qui s'en écoule, on constate qu'il contient des matières intestinales. Encore quelques douleurs quand elle se fatigue.

Obs. XLIII. — M. L..., 21 ans. Pas de grossesse. Depuis 1892, leucorrhée, douleurs abdominales.

19 *mars* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Adhérence épiploïques des deux côtés. A gauche, annexes forment une tumeur du volume d'une mandarine (trompe suppurée, ovaire kystique), adhérente en particulier à l'anse oméga.

A droite, mêmes lésions, le pédicule se coupe sur le fil ; on est obligé de le refaire. L'appendice iléo-cæcal enflammé et adhérent en arrière de l'utérus est lié et réséqué.

Drainage.

Le drain est supprimé le 22 mars. Guérison.

10 *octobre* 1892. Depuis l'opération la malade n'a eu d'écoulement vaginal d'aucune sorte. Pas de douleur. Cicatrice de 9 cent. sans fistule, ni éventration.

Obs. XLIV. — G. J., femme M..., 35 ans. 3 grossesses à terme. Vers le 15 mars dernier, quelques jours après la terminaison des règles, prise de douleurs abdominales très vives, surtout marquées à droite, l'obligeant à s'aliter. En même temps, écoulement vaginal jaunâtre, abondant, mictions cuisantes, douloureuses.

9 *avril* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon et les intestins agglutinés ensemble et à la paroi. C'est péniblement qu'on dissocie au milieu les annexes droites, présentant des foyers suppurés dans la trompe et dans l'ovaire. A gauche, la trompe est suppurée et l'ovaire polykystique. Tamponnement iodoformé et drain.

La malade, qui est une tousseuse, a une broncho-pneumonie après l'opération.

12 *août* 1892. L'état général est excellent, le ventre souple, l'utérus mobile ; ni tuméfaction, ni douleur dans les culs-de-sac. Cicatrice de 11 centim. sans fistule, mais siège d'une large éventration. Comme la malade continue à tousser constamment, nous ne proposons pas la cure radicale de cette éventration.

OBS. XLV. — E. M., femme C..., 32 ans. Une grossesse à terme à 22 ans; depuis cette époque, sujette à des douleurs abdominales. Il y a 6 ans métrorrhagie abondante; 8 jours après les règles, douleurs abdominales, alitement pendant 6 mois à la suite. Depuis cette époque souffre de douleurs d'intensité variable et de leucorrhée. Dans ces deniers temps, retour d'accidents analogues à ceux d'il y a 6 ans (métrorrhagie, douleur abdominale nécessitant l'alitement).

14 *avril* 1892. *Laparotomie*, par M. TERRIER. — A gauche, épiploon adhérent aux annexes qui sont volumineuses et adhérentes à la face postérieure du ligament large. La trompe est distendue par du pus surtout au niveau de son pavillon adhérent à l'ovaire. A droite, trompe suppurée fermement adhérente au cul-de-sac recto-utérin, ovaire kystique. Drainage.

Le drain est supprimé le 1er mars.

15 *septembre* 1892. La malade nous écrit qu'elle se porte à merveille; aucun écoulement, ni sanguin, ni autre par la vulve; aucune douleur bien qu'elle ait repris depuis longtemps son état de blanchisseuse. Elle n'a pas remarqué d'éventration.

OBS. XLVI. — Mme D..., 25 ans, grossesse à terme, accouchée au forceps à 22 ans; traitée ensuite pour une métrite, puis pour une pelvipéritonite.

28 *mars* 1892. *Laparotomie*, par M. TERRIER. — Épiploon adhérent aux annexes droites, détaché et lié. Isolement des annexes gauches; la trompe suppurée est énorme, l'ovaire est de même suppuré. A droite, on retire par ponction un bon verre de pus de la trompe; l'ovaire est kystique. Drainage.

Guérison, mais persistance d'une fistule pyostercorale.

Pas de règles.

OBS. XLVII. — M. Z..., 26 ans. Pas de grossesse. Il y a 3 ans, a probablement contracté une blennorrhagie caractérisée par un écoulement vaginal abondant; depuis cette époque, douleurs abdo-

minales. Le 1er avril 1892, ouverture spontanée d'un abcès qui est évacué par l'anus. Depuis ce moment, écoulement purulent persiste.

19 *mai* 1892, *Laparotomie*, par M. TERRIER — Une petite adhérence épiploïque. A gauche, les annexes sont cachées par l'anse oméga adhérente à la paroi et aussi à des anses d'intestin grêle. Pendant les manœuvres de décollement, une anse grêle est déchirée dans les deux tiers de sa circonférence au niveau d'une adhérence avec la trompe. On suture cette déchirure par des points muqueux, puis par une suture de Lembert. Une deuxième anse est encore déchirée, puis suturée de même. Entre ces anses et les annexes droites est un foyer rempli de pus infect.

Enfin, on arrive à enlever les annexes informes en faisant deux pédicules, un utérin, un utéro-ovarien. Revenant à gauche, on ouvre entre les annexes et l'anse oméga un nouveau foyer suppuré. L'anse oméga infiltrée, friable se rompt, on suture sa rupture, mais on ne peut faire l'ablation complète des annexes de ce côté. Tamponnement iodoformé. Guérison.

19 *octobre* 1892. La malade a repris ses occupations, les règles viennent régulièrement tous les mois durant deux ou trois jours; il n'y a pas de douleurs, mais il persiste toujours une petite fistule pyostercorale.

OBS. XLVIII. — L. B..., 25 ans, jamais de grossesse. Leucorrhée depuis l'âge de 18 ans. Depuis 5 ans, douleurs dans la fosse iliaque droite.

2 *juin* 1892. *Laparotomie*, par M. TERRIER. — A droite, grosse salpingite adhérente dont on retire par ponction un verre de pus crémeux, qu'on isole et qu'on enlève avec l'ovaire correspondant. A gauche, lésions inflammatoires mais non suppurées des annexes adhérentes qu'on libère et qu'on enlève.

Pas de drainage.

Guérison.

28 *mars* 1893. Règles apparues une fois en août; depuis ce moment jusqu'au début de février a presque constamment perdu en rouge, ces pertes se sont arrêtées depuis ce moment, cicatrice de 14 cent. sans éventration ; à deux reprises elle a eu quelques petites douleurs dans l'abdomen.

OBS. XLIX. — H. C., femme A..., 33 ans, trois grossesses à

terme, à 21, 23 et 25 ans. Leucorrhée habituelle. Il y a 4 ans, séjour de deux mois et demi à l'hôpital pour une poussée de pelvi-péritonite. Depuis cette époque, a toujours souffert plus ou moins. Depuis 15 jours aggravation dans son état; alitement.

23 *juin* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A gauche, annexes adhérentes à l'intestin et à l'épiploon; la trompe est suppurée et l'ovaire kystique. A droite, l'appendice iléo-cæcal était adhérent à la trompe, situé derrière l'utérus avec l'ovaire du volume d'un œuf et rempli de sang. Drainage.

Le drain est supprimé le 16 juillet.

Guérison.

Obs. L. — E. H..., 30 ans. Une grossesse à terme à 21 ans. A commencé à souffrir il y a trois ans; vers la même époque perte rouge continue pendant environ 3 mois, durant ce temps la malade a dû garder le lit. Depuis cette époque les règles sont douloureuses Depuis un an douleurs abdominales d'intensité variable. Depuis 15 jours douleurs abdominales vives, surtout marquées du côté gauche.

2 *juillet* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — Libération et section de l'épiploon adhérent. A gauche, l'anse oméga adhère à la trompe. Pendant son décollement il s'écoule du pus d'odeur infecte. Isolement de l'ovaire adhérent et de la trompe. On est obligé de refaire le pédicule qui s'est une première fois coupé sous la pression du fil. A droite les annexes enflammées mais non suppurées sont enlevées. L'utérus adhérent au rectum en est séparé avec les ciseaux; un fil est placé sur une artériole coupée. Drainage.

Le drain est supprimé le 25 juillet.

Guérison.

10 *octobre*. La malade a repris une vie active; elle n'éprouve plus aucune douleur et n'a ni fistule, ni éventration.

Obs. LI. — E. T., femme M..., 33 ans, 5 grossesses à terme, à 17, 21, 23, 25, 26 ans. Leucorrhée depuis un an. Le 17 mai, dernière fausse couche de deux mois, l'ayant tenue un mois au lit. Quelques jours après s'être levée, douleurs abdominales, surtout du côté gauche, et lombaires, puis fièvre, quand elle entre à l'hôpital, la température monte le soir à 40°, les jours suivants à 38° seulement.

19 *juillet* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — L'anse oméga forme la plus grande partie du détroit supérieur auquel elle adhère ainsi qu'à une saillie arrondie, située en avant et à gauche. Libération de l'anse intestinale, sur laquelle on constate ensuite une perforation large comme une lentille à bords amincis, les tuniques intestinales dans son voisinage sont friables. Ponction de la tumeur, pus infect. Suture de l'intestin. Libération des annexes gauches qui, fusionnées avec le ligament large, forment la paroi antérieure de la poche péritonéale. Tamponnement avec des compresses de la face postérieure du ligament large qui saigne. A droite, isolement facile des annexes non suppurées mais enflammées. Tamponnement avec une languette de gaze iodoformée.

Le 31, on remplace le tamponnement par un drain qu'on supprime le 11 août. Guérison.

1er *novembre*. Aucune douleur, pas d'éventration, mais encore un petit orifice fistuleux. Les règles ont continué depuis l'opération à intervalles de 3 semaines à un mois, peu abondantes.

Obs. LII. — M. A..., 22 ans. A 18 ans, grossesse à terme sans accidents. A 30 ans, au moment d'une époque menstruelle, symptômes péritonitiques qui nécessitent un séjour de 2 mois à l'hôpital Saint-Louis. Depuis cette époque, a toujours souffert de temps à autre de douleurs abdominales. Le 15 juin dernier, immédiatement avant l'apparition des règles, vives douleurs abdominales. Le lendemain l'écoulement menstruel a lieu, mais il est court et peu abondant. La malade entre en médecine le 3 juillet. Elle y est prise le 12 de douleurs très aiguës, 39°,8 et est transférée en chirurgie.

21 *juillet* 1892, *Laparotomie*, par M. Terrier. — Annexes gauches adhèrent à des anses d'intestin grêle et de gros intestin. Pendant leur libération de la face postérieure du ligament large, on ouvre un foyer suppuré. A droite, annexes très adhérentes, difficiles à pédiculiser. Destruction d'adhérences entre le rectum et la face postérieure de l'utérus. Suture d'un point très aminci de l'anse oméga dont la tunique musculeuse est déchirée. Tamponnement avec une lanière de gaze iodoformée.

Le 29, la gaze est remplacée par un drain qu'on supprime le 11 août.

23 *janvier* 1893. Aucune douleur, cicatrice de 13 centim., sans

éventration. Il s'est formé en novembre un petit abcès pariétal par lequel s'est éliminé un fil de la paroi. Pas de règles.

OBS. LIII. — M. F., femme B..., 40 ans. Première grossesse à 16 ans, terminée par une fausse couche de 5 mois 1/2. Depuis cette époque, ménorrhagies. A 29 ans, deuxième grossesse terminée comme la première par une fausse couche de 7 mois 1/2. Les douleurs abdominales, survenues après celle-ci, ont toujours persisté.

30 *juillet* 1892, *Laparotomie*, par M. TERRIER. — A gauche, annexes adhérentes, en particulier à l'intestin grêle. Foyer suppuré dans l'ovaire. A droite isolement plus facile. Pas de drainage. Guérison.

10 *octobre* 1892. Cicatrice régulière sans éventration, ni orifice fistuleux. Aucun écoulement vaginal depuis l'opération. Pas de douleurs.

OBS. LIV. — E. D..., 28 ans ; jamais de grossesse. Réglée à 12 ans ; depuis l'âge de 14 ans a éprouvé des douleurs dans la fosse iliaque gauche. A 18 ans, traitée pendant deux mois à l'hôpital St-Louis pour ces douleurs. A 20 ans, nouveau séjour de deux mois à Lariboisière. A 23 ans, dilatée dans le service de M. Terrier. Depuis cette époque est restée assez bien portante jusqu'à ces 2 dernières semaines ; elle a été alors prise de symptômes de pelvipéritonite (fièvres, vomissements, douleurs).

2 *août* 1892, *Laparotomie*, par M. TERRIER. — L'épiploon adhérent en bas et à droite est détaché, lié et réséqué. Après aspiration d'un verre de pus de la trompe gauche, isolement des annexes de ce côté ; l'ovaire contient un kyste du volume du poing à contenu séro-sanguinolent. A droite, libération plus facile. L'utérus gros est fixé par un point à la paroi abdominale. Pas de drainage. Guérison.

9 *septembre* 1892. Cicatrice régulière, sans éventration, ni fistule. Pas d'écoulement vaginal. Utérus mobile, indolent. En arrière et un peu à gauche on sent une légère induration.

OBS. LV. — M. S., femme T..., 25 ans, leucorrhée habituelle ; deux grossesses à terme, à 20 ans et à 22 ans. Immédiatement après celle-ci, deux fausses couches de 3 mois, coup sur coup. A 24 ans, troisième grossesse à terme ; c'est depuis cette dernière

qu'elle souffre de ménorrhagies, de dysménorrhée et de douleurs abdominales, qui, à diverses reprises, l'ont obligée à garder le lit.

6 *août* 1892. *Laparotomie,* par M. TERRIER. — Des deux côtés les annexes sont volumineuses, adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas ; les trompes contiennent un pus caséeux.

Réunion sans drainage.

Guérison. A sa sortie de l'hôpital, il existe une légère éventration de la portion sus-ombilicale de la cicatrice.

20 *décembre* 1892. Cicatrice de 16 centim. présentant dans sa portion sus-ombilicale une légère éventration. Aucune douleur, aucune induration dans les culs-de-sac. Aucun écoulement vaginal autre qu'un suintement rosé, ayant duré 48 heures, en novembre.

OBS. LVI. — B..., 41 ans, souffre depuis 1882 d'une pelvipéritonite suppurée ouverte à la fois dans le vagin et le rectum. Dans ces derniers mois les douleurs ont augmenté et une tumeur se développe dans l'abdomen.

16 *août* 1892. *Laparotomie,* par M. HARTMANN. — Ablation pénible d'une masse constituée par des trompes épaissies, adhérentes, des ovaires kystiques et une grosse poche suppurée entre le pavillon de la trompe et l'ovaire gauche. Pansement avec une lanière de gaze iodoformée.

Mort de péritonite en 40 heures.

OBS. LVII. — S. H., femme C..., 38 ans. A 18 ans, fausse couche de 3 mois, suivie de métrite pendant 4 ans.

A 22 ans, nouvelle grossesse qui, cette fois, est suivie d'un accouchement à terme. Alitement de 3 mois à la suite. Depuis cette époque, a toujours souffert plus ou moins de l'abdomen ; elle a cependant eu deux grossesses, l'une à 28 ans, terminée par une fausse couche de 3 mois, l'autre à 34 ans, terminée par un avortement. Depuis un mois, les douleurs abdominales sont plus vives.

10 *novembre* 1892. *Laparotomie,* par M. TERRIER. — Les annexes sont cachées, très adhérentes, derrière l'utérus et les ligaments larges. Isolement pénible des annexes gauches, un peu plus facile des droites. Des deux côtés, les annexes sont suppurées. Drainage.

Mort au bout de 48 heures de péritonite.

OBS. LVIII. — J. B..., 21 ans. Jamais de grossesse. Règles tou-

jours irrégulières, douloureuses. Depuis février dernier, métrorrhagies répétées, accompagnées de douleurs abdominales et lombaires. En juin, un mois de séjour à la Charité.

22 *novembre* 1892. *Laparotomie*, par M. Terrier. — A droite, annexes adhérentes, kyste séro-sanguinolent volumineux dans l'ovaire. A gauche, salpingo-ovarite adhérente, abcès dans l'ovaire très augmenté de volume. Pas de drainage.

13 *janvier* 1893. Va très bien, aucune douleur, aucun écoulement, pas d'éventration, mais vient d'avoir un petit abcès tardif de la paroi d'où s'est éliminé un fil de soie de la paroi.

Obs. LIX. — A. C., femme C..., 26 ans. Pas de grossesse. A 21 ans métrorrhagie avec phénomènes de pelvipéritonite. Depuis cette époque souffre de l'abdomen. En décembre 1887, premier séjour de 6 semaines, dans le service de M. Heydenrech, à Nancy; deuxième séjour quelque temps après. En août 1888, laparotomie par M. Röhmer ; continue à souffrir après l'opération (on n'a pu enlever les annexes qui ont paru trop adhérentes). En novembre 1892, tombe malade tout à fait.

17 *décembre* 1892, 2e *laparotomie*, par M. Hartmann. — L'épiploon est adhérent à une masse kystique occupant la partie gauche du bassin. Aspiration d'un demi-litre de liquide citrin. Libération de la poche qui adhère à toute la paroi gauche du bassin et à la partie supérieure du rectum. Cette libération d'abord facile devient de plus en plus pénible et dans l'excavation ne peut se faire qu'avec le bistouri ; il existe une sorte de fusion fibreuse entre les parties. Ouverture d'un foyer suppuré entre la trompe (?) et l'ovaire. Pédiculisation, ablation des annexes. A droite, après décollement d'anses grêles adhérentes, libération au milieu d'une masse fibreuse et pédiculisation des annexes rétractées au fond de l'excavation. Lanière de gaze iodoformée.

Le 24 nous enlevons la gaze iodoformée. Guérison.

3 mars 1893. Les règles indolentes et peu abondantes sont venues le 17 février. Cicatrice de 10 cent. 1/2, sans éventration, mais encore fistulette à sa partie inférieure aucune douleur.

Le 20 *mars, nous revoyons* la malade; elle ne souffre pas, la fistulette s'est spontanément fermée depuis le 6 mars.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e SESSION, 1893.

I. — TRAITEMENT DES MYOMES UTÉRINS

Séance du 4 avril (soir).

Des fibromes utérins.

KŒBERLÉ (Strasbourg). — L'histoire des fibromes utérins est trop considérable pour que je cherche à faire autre chose qu'une esquisse sommaire de l'évolution de ces tumeurs, avec les indications et contre-indications des différents modes de traitement.

D'une façon générale, ce sont des néoplasmes essentiellement bénins, par le fait même de leur constitution anatomique; mais il est de nombreuses particularités de leur évolution qui peuvent les rendre dangereux : telles sont les conditions dépendant de l'âge des malades, du siège des tumeurs, de leur volume, de leurs rapports, leurs transformations dégénératives, les hémorrhagies excessives, etc. Lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés dans le petit bassin, c'est alors que l'indication opératoire est le plus formelle. Quand on a affaire à des fibromes intra-utérins ou très rapprochés de la muqueuse et déterminant des hémorrhagies abondantes, on doit intervenir chirurgicalement, quel que soit l'âge de la malade. L'opération est contre-indiquée absolument dans les cas de tumeurs fibreuses volumineuses, dures, stationnaires, surtout quand on approche de la ménopause. Pour les fibromes implantés sur le fond de l'utérus, l'opération est rarement indiquée, car souvent alors la vie n'est pas en danger, et, lorsqu'il y a nécessité d'intervenir, c'est la laparotomie qui donne les meilleurs résultats.

En ce qui concerne l'hystérectomie, qui est aujourd'hui devenue une opération facile et brillante, grâce à l'antisepsie et grâce à l'emploi des pinces hémostatiques, je tiens à rappeler, à propos de ces dernières, que je les ai employées dès 1865 et que j'ai appliqué dès 1867 le pincement, à titre d'hémostase définitive, à toutes sortes d'opérations.

De la prétendue bénignité des fibromes utérins.

PÉAN (Paris). — Les classiques s'accordent à déclarer que les fibromes de l'utérus sont des tumeurs bénignes qui amènent rarement des complications fâcheuses et qui tendent à s'atrophier spontanément à l'âge de la ménopause. J'ai été désagréablement surpris dès qu'entré dans la pratique j'ai vu combien cette opinion concordait peu avec les faits. Il est vrai que les classiques disaient il y a 20 ans que les kystes de l'ovaire étaient des tumeurs de peu de gravité guérissant par la ponction suivie ou non d'injections modificatrices !

Mes premières opérations furent faites chez des malades atteintes de fibromes très volumineux et épuisées. Il n'y avait pas d'autre voie à suivre pour les enlever que la voie abdominale. L'observation me montra bientôt que les résultats étaient d'autant plus favorables que la malade était opérée plus tôt. J'opérais donc de bonne heure, à un moment où l'on pouvait encore enlever la tumeur par la voie vaginale.

Déjà à l'époque où j'étais chez Nélaton j'avais imaginé d'enlever par cette voie les fibromes sous-muqueux de tous volumes qui avaient dilaté le museau de tanche et qui faisaient saillie entre les lèvres du col. Je le faisais par morcellement, utilisant la pince-scie que j'avais fait construire par Mathieu père.

Plus tard, je pensais que, grâce au pincement préventif des ligaments larges, il me serait tout aussi facile d'enlever par la même voie des tumeurs même multiples et interstitielles ou sous-péritonéales siégeant dans le corps. Au lieu de divulser simplement le col avec le spéculum bivalve, à vis dilatatrices, que j'avais fait construire en 1860 pour enlever par morcellement les grands fibromes sous-muqueux, je disséquai circulairement le col de l'utérus jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux inclusivement ; je fis ensuite la section bilatérale et l'excision du col, puis, à l'aide du bistouri, je fis la section bilatérale du corps, de l'intérieur à l'extérieur, jusqu'aux ligaments larges qui au besoin furent pincés temporairement. Grâce à cette section bilatérale du corps je pus explorer aisément sa cavité et ses parois et reconnaître si elles contenaient une ou plusieurs tumeurs interstitielles. Au besoin, pour agrandir la cavité du corps de l'utérus, je la dilatai avec de petits rétracteurs à manche. La tumeur reconnue, j'incisai avec le bistouri long et droit la muqueuse et les tuniques internes qui

la recouvraient afin de la mettre à nu, puis j'incisai crucialement le fibrome et j'attirai au dehors ses fragments avec des pinces appropriées. Lorsque la tumeur était sous-séreuse, elle était reconnue avec le doigt introduit dans le péritoine par les culs-de-sac vaginaux, attirée avec des pinces, morcelée et enlevée sans plus de difficultés. Il ne restait plus alors qu'à suturer avec soin la muqueuse utérine avec celle du vagin.

Chez plusieurs malades, je trouvai des fibromes si nombreux qu'après leur ablation, l'utérus était sérieusement mutilé. Craignant alors des complications fâcheuses, je me décidai en pareil cas à faire l'hystérectomie vaginale totale. Je le fis d'autant plus volontiers qu'on commençait alors à enlever des utérus cancéreux par le vagin. Bien que jusqu'alors on n'eût extirpé que des matrices de volume normal, je pensai que, grâce au pincement préventif des ligaments larges et au morcellement des fibromes, je pourrais sans trop de difficultés enlever des tumeurs, même du volume d'une tête de fœtus à terme. C'est dans ces conditions que, dès 1882, je fis, à Paris le premier, l'hystérectomie vaginale totale chez une malade affectée de fibromes interstitiels multiples du corps ayant amené des hémorrhagies incoercibles. Aujourd'hui, j'ai fait plus de 300 fois l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes du corps de l'utérus avec 98 0/0 de succès. Toutes ces tumeurs étaient de petit ou de moyen volume, ne dépassant pas le niveau des fosses iliaques et de l'ombilic. Toutes siégeaient dans le corps et étaient interstitielles ou sous-péritonéales. Les multiples constituaient l'immense majorité ; 60 seulement sur 300 étaient uniques. C'est même en raison de cette multiplicité si fréquente que nous avons fini par préférer l'hystérectomie vaginale totale à l'hystérectomie vaginale partielle qui est beaucoup plus souvent suivie de récidives.

Avec l'expérience, nous arrivâmes à opérer des malades atteintes de complications de toutes sortes.

Notre statistique ne plaide pas en faveur de ceux qui prétendent que la ménopause amène chez ces malades une guérison spontanée. Sur 250 opérées :

30	avaient de	20 à 30	ans
70	—	30 à 40	—
100	—	40 à 50	—
10	—	50 à 70	—

La ménopause est donc bien un âge critique et non un âge bienfaisant, ainsi que l'ont prétendu certains chirurgiens pour couvrir leur impuissance au lieu d'en faire l'aveu.

Sur ces 300 femmes, la tumeur avait été reconnue depuis un temps variant de 6 mois à 20 ans. Pendant ce laps de temps bon nombre d'entre elles avaient épuisé leurs ressources pécuniaires en traitements thermaux, médicaux, en curettages, applications électriques, massages ou opérations incomplètes telles que l'ablation d'un ou de deux fibromes ou la castration tubo-ovarienne.

Deux fois j'ai eu l'occasion chez des malades antérieurement opérées de fibromes, de trouver, après hystérectomie vaginale, des récidives de fibromes devenus sarcomateux ; 6 fois nous avons trouvé un épithélioma chez des malades affectées de fibromes du corps de l'utérus. Chez 2 d'entre elles, l'épithélioma occupait le corps, chez 4 le col de cet organe ; 1 fois, après avoir enlevé par le vagin le corps de l'utérus fibromateux, nous avons constaté que les deux ovaires étaient cancéreux ; nous les avons enlevés ensuite avec succès par la voie abdominale. Par contre, nous avons vu plusieurs malades qui étaient cachectiques et chez lesquelles on avait pour ce motif cru à un cancer ; or chez 3 d'entre elles on se trouvait simplement en présence de fibromes compliqués d'atrésie cicatricielle de l'endomètre consécutive à une résection du col.

Parmi les complications des fibromes du corps, nous devons signaler celles qui dérivent de la grossesse. Les fibromes sont fréquents chez les vierges, ce qui prouve que la grossesse n'est pas nécessaire pour en favoriser la manifestation. Mais chez beaucoup de nos opérées nous avons constaté qu'ils peuvent occasionner de nombreux désordres du côté de l'appareil génital (vulvo-vaginisme rendant tout rapprochement impossible, fausses couches, enfants mort-nés ; chez une enfin, grossesse tubaire avec putréfaction du fœtus et du placenta). Nous n'insisterons pas sur les modifications que ces tumeurs impriment aux tuniques utérines ni sur le danger que leur présence fait courir à la mère ou à l'enfant ; ce sont faits bien décrits par les accoucheurs.

Les états morbides, que nous avons observés chez les malades atteintes de fibromes, sont si nombreux et si variables qu'il faut distinguer ceux qui dépendent d'un état général concomitant de ceux qui sont directement liés aux fibromes et qui en sont l'effet plus souvent que la cause.

Les maladies concomitantes notées sont : la syphilis (1 cas), le lymphatisme (2 cas), le mal de Pott (1 cas), les affections cardiaques (1 cas), l'obésité (8 cas), le catarrhe bronchique (9 cas), le rein mobile (1 cas), l'albuminurie (3 cas), les coliques néphrétiques (4 cas), le paludisme (1 cas), les coliques hépatiques (3 cas), le rhumatisme (4 cas), les varices des membres inférieurs et de la vulve (3 cas).

Il est d'autres états pathologiques (hémorrhoïdes, maladies nerveuses et mentales), qui ont quelquefois précédé la manifestation des fibromes, mais qui peuvent aussi en être la conséquence ou en subir tellement l'influence, qu'elles sont alors considérées comme des complications réelles. C'est ainsi que chez 3 malades nous avons trouvé la toux, l'éternuement et la dyspepsie utérine, chez 20 le nervosisme, chez 10 l'hystérie, chez 6 l'hypochondrie, chez 2 la folie, chez 6 des tentatives de suicide, chez 1 le noctambulisme, chez 2 l'éclampsie, chez 2 la paraplégie, chez 2 la sénilité précoce à la suite d'attaques d'hystérie ou de manie aiguë, chez 20 le péritonisme, chez 1 l'éthéromanie, chez 2 la morphinomanie, chez 6 l'alcoolisme.

Certaines complications sont plus spéciales : l'obstruction intestinale, la rétention d'urine, la phlébite des membres inférieurs, à laquelle nous avons, dans un cas, vu succéder la gangrène humide nécessitant l'amputation du membre, les embolies, les angioleucites, la crétification des artères utérines.

Plus communément, on observe des névralgies, des métrorrhagies, la leucorrhée fétide, les inflammations de l'utérus, les inflammations, les suppurations et les kystes des trompes, des ovaires, des ligaments larges, le péritonisme et les péritonites, les hématocèles, la fièvre, les abcès, l'anémie, les syncopes, l'inanition, le séjour au lit.

Les névralgies sont presque toujours iléo-lombaires, plus rarement elles sont sciatiques, intercostales, hépatiques, gastriques. Sur 250 opérées, plus de 20 fois elles dataient de 6 mois à 22 ans. Chez le plus grand nombre, elles dataient de 2 à 10 ans.

Les métrorrhagies ne sont pas moins fréquentes.

La leucorrhée fétide apparaît habituellement dans l'intervalle des métrorrhagies ; chez plusieurs malades elle avait fait croire que la tumeur était cancéreuse.

L'utérus lui-même est souvent altéré ; presque toujours il est déplacé, ce qui explique la dysménorrhée intense et les douleurs

atroces au moment des époques. Chez certaines malades, il était couvert de fausses membranes ou relié par des adhérences péritonitiques aux organes voisins. Chez une malade, qu'un confrère avait vainement essayé d'opérer par la voie vaginale, nous trouvâmes le fond de l'utérus inversé. Chez 4 autres, nous découvrîmes des hématomètres, dues, chez l'une à un rétrécissement produit par des cautérisations intempestives, chez l'autre à un rétrécissement consécutif à l'excision du col faite sans précautions; enfin, chez les 2 autres, à l'oblitération produite mécaniquement par un fibrome. Chez presque toutes nos opérées, les tuniques muqueuses et musculeuses étaient hypertrophiées, friables, remplies de pus.

En même temps que l'utérus, les ovaires, les trompes et les ligaments larges étaient le siège de lésions inflammatoires graves. Chez 30 malades sur 300 nous avons trouvé dans les ovaires des kystes séreux, uniloculaires ou multiloculaires, du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête d'adulte; chez un nombre à peu près égal de malades, des kystes hématiques. Chez un nombre un peu moins considérable, les trompes étaient remplies de sang ou de sérosité. Chez 70 les trompes ou les ovaires d'un ou des deux côtés avaient suppuré; chez 10 les ligaments larges étaient également infiltrés de pus. 1 fois la trompe renfermait 3 litres de liquide chargé de cholestérine; 1 fois elle contenait un fœtus de 5 mois en pleine putréfaction; 3 fois nous avons trouvé des fibromes et 2 fois des sarcomes concomitants qui avaient pris naissance dans les ligaments larges.

Chez la plupart de ces opérées il y avait du péritonisme, de la pelvi-péritonite. Chez 15 la péritonite avait une marche aiguë; chez 80 elle était subaiguë et limitée au péritoine pelvien. Parfois alors elle avait présenté des poussées successives qui avaient mis la vie en danger. Dans les cas de pelvi-péritonite, on trouvait soit du liquide séreux enkysté, soit du sang, de la cholestérine ou du pus. Plusieurs fois même, nous trouvâmes des gaz collectés dans le péritoine; ils provenaient de portions d'utérus ou de fibromes sphacélés ou de perforations intestinales.

Les vomissements sont une complication des plus fréquentes. Chez 50 malades, ils étaient accompagnés de gastralgie et avaient produit un amaigrissement considérable. En peu de temps, certaines malades avaient perdu 20 kilogr.

Une anémie très prononcée, de l'œdème des extrémités, une

décoloration générale des tissus étaient la conséquence de tous ces désordres. C'est ce qui explique pourquoi une soixantaine de nos malades étaient obligées de garder le lit lorsque nous les avons opérées.

Telles sont les principales complications que nous avons rencontrées chez les malades que nous avons opérées par la voie vaginale, c'est-à-dire chez celles dont les tumeurs étaient de petit et de moyen volume. Elles étaient encore bien plus accentuées chez les 200 malades porteuses de fibromes plus volumineux que nous avons dû opérer par la voie abdominale. Aussi n'hésitons-nous pas à répéter ce que nous disons depuis nombre d'années : « Les fibromes du corps de l'utérus, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses, qui donnent souvent lieu à des complications graves et qui doivent être opérées dès qu'elles sont reconnues. L'ablation de ces tumeurs est peu dangereuse lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure ».

Sur 200 tumeurs traitées de 1868 à 1893 par l'hystérectomie abdominale, nous avons 170 succès et 30 morts. La proportion de guérison s'est accrue avec les perfectionnements de la technique. De 1868 à 1886 la mortalité était de 20 0/0, elle est tombée à 10 0/0 depuis cette époque.

Sur 50 fibromes opérés par la voie combinée (abdominale et vaginale), nous avons une mortalité de 2 0/0.

Sur 300 fibromes opérés par la voie vaginale de 1882 à 1893, nous avons 2 0/0 de mortalité. Ces chiffres sont encourageants. D'autres viendront qui perfectionneront encore la technique, et l'hystérectomie vaginale avec pincement des ligaments larges et morcellement des tumeurs, ne comptant plus que des succès, constituera un nouveau titre de gloire pour la chirurgie française.

DOYEN (Reims). — Je partage entièrement l'opinion de M. Péan relativement à la gravité des fibromes, beaucoup plus grande qu'on a bien voulu le dire. Il est aujourd'hui hors de doute que les fibromes utérins sont justiciables d'un traitement chirurgical, et la discussion ne porte actuellement que sur le procédé opératoire que l'on doit employer.

A mon avis, chaque fois que l'on peut opérer par la voie vaginale, il ne faut pas prendre la voie abdominale, qui doit être réservée aux fibromes très volumineux dépassant de beaucoup l'ombilic.

J'ai décrit, au Congrès de Bruxelles, le procédé que j'emploie depuis 1887 dans l'hystérectomie vaginale pour fibromes, et je ne reviendrai pas sur la façon dont je fais le morcellement et qui diffère complètement de la méthode de M. Péan (1). Sur 33 gros fibromes que j'ai opérés suivant mon procédé et dont quelques-uns remontaient à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, j'ai eu un seul cas de mort survenu chez une malade qui n'a pas été surveillée et qui s'est assise sur ses pinces.

En ce qui concerne l'hémostase préventive dans l'hystérectomie vaginale, je la considère comme illusoire, et pour ce qui est de la forcipressure définitive, je tiens à faire remarquer qu'il me suffit de placer une ou deux pinces sur chaque ligament large, alors que M. Péan laisse en moyenne 20 pinces dans le vagin après chaque hystérectomie, puisque, d'après les chiffres donnés dans ses observations, il n'a pas laissé moins de 1,761 pinces pour 87 opérations : il y a, dans cet abus de pinces, d'ailleurs parfaitement inutile, un véritable inconvénient pour les malades.

Je terminerai en faisant remarquer que l'idée de l'hémostase par pincement me paraît appartenir à Sp. Wells, et que son application à l'hystérectomie vaginale revient certainement à Richelot.

Du traitement des fibromes par la castration tubo-ovarienne.

BOUILLY (Paris). — Dans le traitement des fibromes, il faut tenir compte des indications particulières à chaque cas et il est nécessaire de se conformer à ces indications pour en déduire la méthode opératoire. Les indications varient d'après le volume de la tumeur, ses rapports avec le tissu utérin, son mode de développement du côté de la cavité abdominale ou du côté du petit bassin, l'état d'intégrité ou de lésion des annexes ; elles varient également avec l'âge, les symptômes observés ; enfin en pratique elles dépendent beaucoup du tempérament de l'opérateur.

Actuellement encore le traitement chirurgical des fibromes présente des dangers ; aussi est-il sage de ne conseiller l'intervention que dans les cas où elle paraît indispensable. Ceux-ci me paraissent comprendre :

1° Les fibromes à évolution rapide, devant prendre, dans un avenir rapproché, un développement énorme et indéfini ;

(1) Le procédé de M. Doyen sera décrit dans un de nos prochains n^os^.

2° Les fibromes arrivés à un degré tel de développement qu'ils constituent une gêne, une infirmité et une difformité incompatibles avec les exigences de la vie ordinaire ;

3° Les fibromes hydrorrhéiques et les fibromes hémorrhagiques, qu'il s'agisse de simples ménorrhagies ou que l'on ait des métrorrhagies intermenstruelles ;

4° Les fibromes exerçant une compression douloureuse de la vessie ou du rectum ;

5° Les fibromes douloureux par lésions des annexes ou plus rarement par mobilité anormale de la tumeur ;

6° Les fibromes dégénérés, ayant subi la transformation kystique, myxomateuse ou œdémateuse ; à plus forte raison, atteints de sphacèle ;

7° Les fibromes causant une ascite ;

8° Les fibromes, que leur évolution a amenés dans la cavité utérine ou même dans le vagin et qui présentent des indications dérivées à la fois de l'hémorrhagie, de l'hydrorrhée, de la compression des organes voisins, quelquefois du sphacèle de la tumeur ;

9° Les fibromes du corps utérin, coïncidant avec une dégénérescence épithéliale du col.

L'indication opératoire posée, reste à déterminer le modus faciendi pour chaque cas. Le traitement *direct*, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur, semble le plus en faveur.

Toutefois, malgré les perfectionnements de la technique, il reste encore périlleux, aussi est-il quelquefois indiqué de recourir au traitement *indirect* par l'ablation des annexes. C'est surtout ce dernier mode de traitement que nous allons étudier.

Les *hémorrhagies* et les *douleurs* constituent des indications du traitement des fibromes par l'ablation des annexes. Mais il faut que ces deux symptômes présentent des caractères particuliers :

Les *hémorrhagies* doivent être des ménorrhagies, c'est-à-dire des écoulements sanguins liés à la congestion menstruelle, que ces hémorrhagies se prolongent pendant 8, 10, 15 jours, qu'elles ne durent que 3 à 5 jours avec une abondance inquiétante ou qu'elles reviennent avec une fréquence anormale mais régulière. Lorsqu'au contraire on se trouve en présence d'un suintement sanguin continu intermenstruel ou lorsque le sang réapparaît à chaque instant entre deux époques, il est permis de croire que

l'influence tubo-ovarienne n'est plus en jeu. De même lorsqu'il s'agit de femmes ayant dépassé depuis plusieurs années l'âge critique.

Un suintement sanguin continu ou à récidives fréquentes intermenstruelles doit faire penser à une phase évolutive du fibrome dans laquelle il est devenu sous-muqueux ou même pédiculé, polypeux. Il en est de même de l'hydrorrhée. L'examen objectif de la tumeur vient confirmer ces prévisions. En général, tant que le fibrome est interstitiel, la palpation fait reconnaître une consistance dure, ligneuse, caractéristique; quand le fibrome a envahi la cavité utérine, la tumeur est moins résistante, plus molle, quelquefois pseudo-fluctuante; en même temps le cathétérisme montre que la cavité utérine est agrandie à la fois dans le sens vertical et dans le transversal; l'hystéromètre peut évoluer autour de la tumeur.

Dans tous ces cas de fibrome intra-utérin, le traitement indirect est contre-indiqué. Il l'est aussi dans les cas de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, véritables néoplasmes, ayant une vie indépendante de celle de l'utérus et justiciables de la myomectomie.

Les *douleurs*, à moins de mobilité excessive d'une tumeur pédiculée, sont une indication de la castration, les fibromes, en l'absence de lésions des annexes, étant indolents. Les douleurs habituelles ou paroxystiques, surtout exagérées au moment des règles, doivent, de même que les poussées de pelvi-péritonite, être mises sur le compte de lésions inflammatoires des annexes (salpingite catarrhale ou interstitielle, hémato-salpingite, plus rarement pyosalpingite; dégénérescence kystique des ovaires). Dans ces cas, tandis que la pression sur la masse utérine elle-même reste indolente, elle provoque une douleur plus ou moins vive sur la partie latérale de l'utérus de l'un ou de l'autre côté, quelquefois des deux. De même le toucher provoque dans le cul-de-sac postérieur une sensibilité exagérée et peut même y faire reconnaître des annexes prolabées et augmentées de volume.

Enfin, il m'a semblé que la présence d'annexes malades exagérait la plupart des phénomènes relevant de la présence du fibrome (augmentation des hémorrhagies, évolution plus pénible de la tumeur).

En résumé, les indications de l'ablation des annexes me paraissent résider soit dans les hémorrhagies et les douleurs compli-

quant un fibrome interstitiel, soit dans l'accroissement rapide d'une tumeur encore de moyen volume.

Pour que l'ablation des annexes conserve son caractère de *bénignité* et de *simplicité* qui est un de ses grands avantages, il faut qu'elle soit *facile*. Elle s'adresse, en effet, souvent à des cas où l'hystérectomie représente une intervention trop grave (femmes anémiées, ne mangeant plus depuis longtemps, cachectiques). Chez ces sujets on a à craindre le choc opératoire, et, si l'on y échappe, la septicémie, les grands viscères ne pouvant faire les frais d'une élimination de produits septiques, si peu développés qu'ils soient. La castration, opération courte, non sanglante, réduisant le traumatisme à son minimum, va au-devant de ces dangers.

Toutefois, pour que cette opération reste facile, il faut que la tumeur n'ait pas dépassé l'ombilic. Elle n'est plus de mise quand la tumeur est sus-ombilicale et surtout quand elle s'étale largement dans les flancs. Il est alors à craindre que les annexes ne puissent être trouvées ou qu'elles ne puissent être amenées à l'extérieur, ni pédiculisées. Le fibrome peut se développer si irrégulièrement par rapport à l'utérus que les annnexes peuvent se trouver cachées en arrière ou en bas et soient inaccessibles à la vue ou que l'un des côtés soit seul accessible. Aussi faut-il en pareil cas faire l'hystérectomie. Mais cette éventualité n'est possible que dans les cas limités où le volume de la tumeur ne se prête déjà qu'à peine à l'indication de la castration.

L'âge de la femme ne me paraît prêter à aucune considération spéciale. J'ai pratiqué la castration ovarienne chez des femmes jeunes et chez des femmes arrivées à la ménopause, avec tous les âges intermédiaires possibles.

Je n'ai qu'un mot à dire sur la technique. Si le fibrome est petit, terminer l'incision à un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis; s'il est volumineux, atteignant l'ombilic, faire une incision d'emblée élevée, affleurant presque le sommet de la tumeur, les annexes ayant des chances pour être trouvées sur les parties supérieures et latérales du fibrome. Cette incision ne dépassera pas en général 7 à 8 centim.

La recherche des annexes doit se faire méthodiquement en suivant le contour de la tumeur. C'est en général l'ovaire qui est senti et reconnu, la trompe suit, plus rarement elle doit être cherchée

isolément. Même situées en arrière, les annexes peuvent être amenées au voisinage de l'incision par des tractions lentes qui font légèrement pivoter le fibrome sur son axe. Dans les cas difficiles, le pédicule est court; il faut, pour ainsi dire, ramasser l'ovaire et étirer peu à peu les parties qui le relient à l'utérus. Je conseille de saisir ce pédicule dans une ligature simple, se gardant d'y passer un fil double avec l'aiguille mousse, celle-ci pouvant blesser les veines volumineuses qui rampent sur le fibrome à son niveau. La section est faite lentement, à petits coups, avec le thermocautère.

J'ai traité ainsi par la castration 26 fibromes : 20 fois j'ai opéré pour arrêter des hémorrhagies inquiétantes; 2 fois pour des ménorrhagies et des douleurs simultanées; 1 fois pour des douleurs sans pertes sanguines exagérées; 1 fois pour entraver le développement d'un fibrome chez une femme à qui je pratiquais l'opération césarienne pour dystocie causée par le fibrome; 2 fois pour de gros fibromes qui étaient enclavés dans l'excavation et que je ne pouvais enlever par l'hystérectomie. Deux fois, dans ces cas difficiles, je n'ai pu trouver les annexes que d'un côté. Je m'empresse de déclarer que ces cas n'étaient pas justiciables de la castration et que je ne l'ai mise en œuvre que faute de pouvoir mieux; elle a été une opération de nécessité et non de choix.

Sur ces 26 interventions, je compte 3 morts, peu imputables à l'opération elle-même : 2 malades, l'une de 53 ans, l'autre de 42, anémiées et épuisées, succombèrent au 8e jour, l'une à une véritable attaque d'asystolie, l'autre à une pneumonie infectieuse survenue au cours de l'épidémie de grippe. Le 3e cas de mort a trait à un fibrome volumineux où la castration a été pratiquée comme opération de nécessité; extrêmement laborieuse, elle se compliqua d'une hémorrhagie par blessure d'une grosse veine du ligament large.

Trois fois les hémorrhagies se reproduisirent par évolution ultérieure du fibrome s'avançant vers la cavité utérine (1 fois le répit hémostatique fut de 8 mois, 1 fois de 1 an; dans le 3e cas le fibrome fut rapidement expulsé par les voies naturelles: j'étais à mes débuts et ne savais pas encore poser le diagnostic exact de l'indication opératoire. Enfin je compte un insuccès à peu près complet chez une femme opérée depuis 2 ans et qui refuse toute nouvelle intervention; les métrorrhagies et le suintement sanguin

presque continu, qui existent dans ce cas, me font croire que le fibrome s'est développé vers la cavité utérine.

Dans les 18 autres cas, le résultat cherché a été obtenu. Les ménorrhagies ont disparu d'emblée chez quelques malades, plus lentement chez d'autres, après des règles peu abondantes et irrégulières pendant la première année. Chez toutes celles qui souffraient les douleurs ont cédé dès les premiers jours qui succédaient à l'intervention et chez toutes également le fibrome a diminué dans des proportions considérables.

La castration est donc une opération excellente quand elle est judicieusement appliquée. C'est à préciser et à saisir les indications que nous devons nous attacher; nous pourrons ainsi profiter de ressources simples contre une affection où la gravité et les complications opératoires sont encore trop fréquentes.

Pozzi (Paris). — J'ai souvent pratiqué la castration, aujourd'hui je lui crois l'hystérectomie vaginale supérieure, celle-ci permettant d'attaquer sans danger la grande majorité des corps fibreux pelviens pour lesquels l'hystérectomie abdominale présente une réelle gravité. Je conserve l'ablation des annexes pour les cas où une contre-indication existe à l'ablation vaginale de l'utérus (débilité extrême de la malade, situation pelvienne et intraligamenteuse de fibromes trop volumineux pour être enlevés par la voie vaginale). La castration est, pour moi, un *pis-aller*. L'hystérectomie n'est pas plus grave et est plus efficace. Dans un cas où j'avais dû laisser une trompe adhérente, j'ai ultérieurement, sur les instances de la malade, été obligé de faire l'hystérectomie.

Je reproche aussi à la castration de ne pas porter remède aux phénomènes de compression dus à la présence de fibromes, notamment à la compression du rectum et à celle des uretères.

Dans un cas, chez une femme très cachectique, albuminurique, porteuse d'un utérus fibromateux remplissant l'excavation, avec deux lobes principaux, l'un surmontant le fond de l'utérus, l'autre enclavé dans le ligament large, j'ai fait la castration, excisé le lobe qui surmontait le fond de l'utérus, et fixé celui-ci à la paroi abdominale. L'utérus ainsi redressé a cessé de comprimer le rectum et les uretères, l'albuminurie a cessé et la malade a guéri après avoir présenté pendant 3 mois un suintement sanguin persistant. Je crois que cette hystéropexie de l'utérus fibromateux,

avec ou sans myomectomie partielle préalable, pourra être utilisée dans des cas analogues.

Résultats éloignés de l'hystérectomie et de l'hystérotomie dans le traitement des fibro-myômes.

JULES BOECKEL (Strasbourg). — J'ai opéré 20 fibro-myômes de l'utérus avec 15 guérisons, 5 morts, soit une mortalité de 25 0/0.

Trois hystérectomies vaginales totales ont donné 3 guérisons; 4 hystérectomies abdominales avec ligature élastique perdue ont donné 1 mort (shock); 5 hystérectomies abdominales avec réduction du pédicule lié à la soie ont donné 2 morts (péritonite septique); 4 hystérectomies avec pédicule extra-péritonéal, 1 mort (péritonite); 4 hystérectomies totales abdomino-vaginales, 1 mort par péritonite le 6e jour, les dernières pinces avaient été enlevées le 4e; il y avait peut-être rétention de liquides septiques en arrière du tampon vaginal.

Mes 3 hystérectomies vaginales sont restées guéries depuis 1 à 3 ans. Des 3 ligatures élastiques perdues, 2 sont restées guéries sans jamais éliminer leur ligature depuis 2 et 6 ans; 1 a présenté vers la 3e semaine une cystite à laquelle elle a succombé trois semaines plus tard; le tube élastique était littéralement enkysté; 2 ligatures perdues à la soie m'ont donné 2 guérisons définitives. Dans 1 cas j'ai lié séparément les vaisseaux à la surface même du moignon, sans entourer celui-ci d'une ligature spéciale et j'ai abandonné le pédicule dans le ventre. La guérison s'est maintenue depuis 11 ans. J'avais laissé les annexes du côté droit profondément placées; pendant 3 mois la malade eut des règles; puis pendant près d'un an, elle a présenté à chaque époque cataméniale des troubles nerveux caractérisés par une agitation extraordinaire, des douleurs vagues dans le ventre, des vomissements, des syncopes, mais plus jamais d'écoulement sanguin.

Trois hystérectomies avec pédicule externe n'ont rien présenté de spécial.

Quant à mes 3 hystérectomies abdomino-vaginales guéries, elles m'ont laissé l'impression d'opérations graves imposant à la malade un double traumatisme et au chirurgien une réelle perte de temps.

Peut-être simplifiée, cette méthode pourra-t-elle constituer l'opération de choix chez les malades suffisamment résistantes?

Comme conclusions, je crois que, pour les tumeurs de petit et de moyen volume, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir. Les tumeurs volumineuses doivent être distinguées en tumeurs à pédicule court et en tumeurs à pédicule long.

Quand le pédicule est court, c'est à la méthode intra-péritonéale qu'il faut avoir recours, faisant la ligature perdue à la soie, s'il est mince, la ligature élastique perdue s'il est gros.

Quand le pédicule est long, on fera le pédicule extra-péritonéal qui me paraît, dans l'espèce, la méthode de choix.

Traitement des tumeurs fibreuses.

JACOBS (Bruxelles). — Je suis intervenu dans 47 cas de fibromes utérins. 36 opérations ont été faites par la voie abdominale : 20 avec pédicule externe, 4 décès ; 7 avec pédicule interne, 1 décès ; 9 hystérectomies abdominales totales, 4 décès ; 11 opérations ont été faites par le vagin, toutes suivies de guérison (1 cas par ligatures progressives, 8 par forcipressure, 1 par morcellement, 1 par évidement central). Il est juste de dire que la voie abdominale est réservée aux cas non extirpables par le vagin, c'est-à-dire toujours graves et compliqués.

L'âge de mes malades a varié de 27 à 70 ans (une seule était âgée de 18 ans). Les décès se répartissent chez les malades ayant dépassé 50 ans ou chez celles qui présentèrent des conditions opératoires particulièrement loborieuses. Je crois donc qu'il y a intérêt à opérer hâtivement. Beaucoup de praticiens admettent que le myôme utérin disparaît avec la menstruation. J'ai observé quelques cas dans lesquels des tumeurs de ce genre diminuaient sensiblement de volume après la ménopause, mais j'en ai vu beaucoup chez lesquels, après une accalmie de quelques années, apparurent des dégénérescences de toute nature qui vinrent rendre l'intervention de toute nécessité, mais toujours dans de tristes conditions.

Parmi ces cas, je vous rappelle une femme de 70 ans, ayant supporté depuis l'âge de 34 ans jusqu'à la ménopause, à 51 ans, des métrorrhagies et autres inconvénients. La tumeur diminue alors de volume et la santé revient. On croit à la guérison lorsqu'à 60 ans apparaissent des symptômes douloureux liés à la dégénérescence calcaire du néoplasme. Les phénomènes de compression deviennent si douloureux qu'à 70 ans la malade se résout

à une intervention. Elle est enlevée le 13e jour par une pneumonie hypostatique. Chez une autre malade un fibrome, toléré pendant 20 ans, subit à 56 ans la dégénérescence myxomateuse. Aussi je crois que tout fibrome réclame une intervention.

Sur 12 malades guéries après *hystérectomie avec fixation externe du pédicule*, j'ai noté 6 fois la production tardive d'une hernie abdominale au niveau de la section du pédicule; dans un cas même la hernie s'est accompagnée d'un détachement complet du pédicule avec prolapsus vaginal du moignon. J'ai fait la cure de la hernie suivie de cunéopexie abdominale; 3 mois plus tard la hernie était reproduite mais le moignon restait fixé. 2 fois j'ai observé des fistules abdominales tardives mettant en communication directe le vagin et la paroi abdominale. 5 malades sont sans accident; 1 opération est encore trop récente pour parler de suites tardives.

Le traitement extrapéritonéal du pédicule est long, expose à des suppurations fistuleuses, à tous les accidents des cœliotomies: adhérences vicieuses épiploïques et intestinales, éventration, déplacement des organes abdominaux, troubles nerveux. De plus, j'ai fréquemment observé des troubles vésicaux.

L'*hystérectomie avec pédicule rentré* est plus rapide comme durée de traitement. Sur mes 6 guérisons, je note toutefois une ablation secondaire du pédicule nécessitée par la formation d'abcès pelviens et d'une fistule abdominale; une fistule abdomino-vaginale avec éventration partielle; deux phlébites des membres inférieurs. Le danger de ce procédé est le sphacèle du pédicule et l'hémorrhagie. Sur mes 7 opérations, j'ai 2 fois employé la ligature élastique et 5 fois la ligature au fil de soie suivant la méthode de Zweifel.

L'*hystérectomie abdominale totale* réalise tous les desiderata, mais elle est plus longue et souvent plus difficile. 6 fois j'ai enlevé le col et le pédicule par le vagin, 4 fois dans la même séance que l'hystérectomie abdominale, 1 fois 24 heures, 1 fois 48 heures après. Ces 2 derniers cas sont morts, 1 par lésion de l'uretère, 1 par complication cardiaque. Des 4 autres 1 est mort, la tumeur était télangiectasique. Enfin, dans 3 cas, j'ai procédé à l'extraction de l'utérus en bloc par l'abdomen, 1 mort.

Je conseille l'opération suivante :

1er *temps* : Avec le thermocautère, incision circulaire de la mu-

queuse du vagin, ouverture du cul-de-sac de Douglas, en avant décollement de la muqueuse; deux pinces longuettes sont placées sur la base des ligaments larges.

2e *temps* : Cœliotomie ; pincement de la partie supérieure des ligaments larges, ouverture avec les ciseaux du cul-de-sac antérieur. Extraction en bloc de l'utérus.

3e *temps* : Remplacement des pinces abdominales placées sur la partie supérieure des ligaments larges par d'autres pinces vaginales. Toilette. Suture.

L'*hystérectomie vaginale* m'a donné 11 succès sur 11 cas. Les résultats éloignés sont excellents, quelques malades se plaignent toutefois de ténesme vésical que j'attribue à la soudure du péritoine vésical à celui du cul-de-sac de Douglas.

Quant à la *castration*, c'est une opération qui ne me paraît pas justifiée. La dégénérescence des myômes, leur développement après la ménopause sont autant de manifestations pathologiques qu'on peut craindre après la ménopause artificielle. Je n'y ai eu recours qu'une fois, ma malade a continué à perdre et à souffrir.

Nouvelle méthode de traitement du pédicule utérin. Hémostase par ligature directe des vaisseaux.

CHAPUT (Paris). — Les divers modes de traitement du pédicule après l'hystérectomie abdominale donnent une mortalité considérable. En dehors des morts par choc, par lésions rénales, par lésions cardiaques, il y a les morts par fautes opératoires (trop longue durée de l'opération, délabrements considérables, hémorrhagies, septicémie). Aussi a-t-on imaginé des méthodes nombreuses de traitement qu'on peut ranger sous 4 chefs :

1° MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE. — Elle peut être pratiquée de diverses manières :

A. — La *ligature élastique perdue* (Kleeberg, Martin, Olshausen) peut glisser soit par en haut (hémorrhagies), soit par en bas (compression, sphacèle et perforation de la vessie). Elle expose à l'infection du péritoine soit en déterminant le sphacèle du pédicule, soit par infection directe venue de la cavité utérine, ou même de la surface de section du fibrome qui contient souvent dans son épaisseur des germes septiques (Boisleux). Parfois le pédicule tombe en arrière et comprime une anse d'intestin, déterminant,

comme l'a signalé Treub, une occlusion. Dans nombre de cas, la malade a échappé aux accidents immédiats, mais au bout de 15 à 20 jours, on voit s'écouler par le col utérin une suppuration abondante avec fièvre, phénomènes septiques. On est alors obligé d'enlever par le vagin des caoutchoucs dont l'élimination est difficile; dans un cas même, j'ai dû enlever tout le col par le vagin pour trouver la ligature élastique. Enfin, de l'avis de tous les chirurgiens, il est dangereux d'appliquer la ligature élastique perdue aux pédicules très volumineux pour lesquels des accidents d'étranglement ou de sphacèle seraient à redouter.

B. — La *ligature en masse à la soie* (Kocher) est passible des mêmes reproches. Elle a de plus l'inconvénient de couper les tissus.

C. — L'*application d'une série de ligatures en chaîne*, comme sur un pédicule membraneux (Zweifel) est dangereuse. Chez une de mes malades chaque trou, fait par l'aiguille servant à porter le fil, saigna abondamment et je dus jeter au-dessous des ponctions une ligature en masse; de plus, si la cavité utérine est très large, il peut se faire qu'on la traverse involontairement avec les fils; ceux-ci s'infectent alors et le péritoine également.

D. — La *méthode de Schrœder*, consistant essentiellement à creuser le moignon en cône et à suturer à elle-même la paroi de ce cône, recouvrant le moignon d'un deuxième rang de sutures séro-séreuses, présente les mêmes inconvénients que celle de Zweifel, à savoir la possibilité d'hémorrhagies au niveau des piqûres. On est alors obligé de faire une ligature en masse, ce qui rend les sutures inutiles, puisqu'elles portent alors sur un tissu qui doit disparaître par nécrose aseptique ou septique.

2° MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE. — Elle présente des inconvénients d'un autre ordre mais tout aussi sérieux :

A. — Lorsque le pédicule est court, il se trouve tiraillé par les broches; de là des douleurs violentes et des accidents réflexes (ballonnement du ventre, vomissements).

B. — Malgré les pansemente à l'iodoforme et au tannin, il est difficile d'empêcher le moignon de s'infecter. Des abcès prennent souvent naissance autour du pédicule et l'on voit des malades succomber à la septicémie.

C. — La durée de l'élimination du pédicule est très longue; il faut 20 ou 30 jours, quelquefois six semaines.

D. — Les accidents consécutifs sont la fistule utérine possible, qui peut persister plusieurs mois, et l'éventration abdominale, constante et définitive.

E. — La méthode extra-péritonéale ne peut être employée lorsque le pédicule est très court et fixé au fond du bassin.

3° MÉTHODE MIXTE (*Wolfler, Sänger*). — D'après ces auteurs, on réduit le pédicule, suturé à la façon de Schrœder, tout en le maintenant au voisinage d'un orifice de la paroi abdominale. Ce procédé mixte présente toujours les inconvénients de l'une des deux méthodes intra ou extra-péritonéales, quand ce n'est pas les dangers de toutes les deux. L'hémorrhagie, le sphacèle, l'infection, les abcès des parois, la péritonite peuvent s'observer avec cette méthode, tout aussi bien que lorsque le pédicule est réduit ou franchement fixé à l'extérieur.

4° EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS. — L'extirpation totale se fait de deux manières, ou bien entièrement par l'abdomen, ou bien en deux temps en faisant d'abord une amputation supra-vaginale et en enlevant ensuite le col par le vagin.

La première méthode, *extirpation totale abdominale*, conseillée par Bardenheuer et modifiée par Guermonprez, a été récemment perfectionnée par Reverdin. Cet auteur, à l'aide de moufles, soulève la tumeur et allonge d'autorité tous les liens qui la retiennent; l'opération s'en trouve ainsi considérablement facilitée. Mais on peut faire à cette pratique, cette grave objection, que l'hémostase des gros vaisseaux de la partie inférieure du ligament large est très difficile à réaliser.

On peut à la rigueur pincer une artère qui donne au fond du bassin, mais il est impossible de la lier dans la profondeur de ce puits. C'est surtout quand une pince a dérapé qu'il est difficile de saisir le vaisseau ; plusieurs minutes se passent, pendant lesquelles les malades perdent plusieurs centaines de grammes de sang.

M. Doyen a récemment conseillé un procédé d'extirpation totale par une incision en raquette à queue postérieure empiétant sur le vagin; mais j'ai le regret de dire que sa méthode a été insuffisamment décrite ou bien qu'elle est vraiment inadmissible. L'auteur se contente, en effet, d'une seule ligature sur les ligaments larges (ce qui est insuffisant), puis détache toute la tumeur et fait ensuite l'hémostase par le vagin. Si rapides que soient ces manœuvres, elles s'accompagnent forcément d'une perte de sang considérable.

Quant à l'extirpation en deux temps conseillée par Martin, Bouilly, Goullioud, Péan, c'est une opération très longue, difficile et fatigante pour l'opérateur. Elle exige un grand nombre d'instruments et expose aux hémorrhagies soit pendant l'opération, soit après l'ablation des pièces. J'ai eu moi-même une hémorrhagie grave en enlevant les pinces, et Routier a eu trois morts par hémorrhagie sur 6 cas, au moment de l'ablation des pinces.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ D'HÉMOSTASE DU PÉDICULE PAR LA LIGATURE DIRECTE DES VAISSEAUX

Frappé des inconvénients que présente la ligature en masse du pédicule, j'ai cherché à traiter le moignon utérin au point de vue de l'hémostase, comme un moignon d'amputation, c'est-à dire par la ligature directe des vaisseaux.

Mais il fallait triompher des difficultés inhérentes à la structure du tissu utérin, je veux parler de l'adhérence des vaisseaux à ce tissu et de la dureté de ce dernier. Tous les chirurgiens savent qu'il est impossible de pincer une artère qui donne en plein tissu utérin, de même que de l'oblitérer par une ligature.

Je pensai résoudre la difficulté en isolant autour de chaque vaisseau un cylindre ou un prisme sur lequel on pût ensuite jeter une ligature. Mes premières opérations furent faites à l'aide d'un large emporte-pièce qui me permettait d'isoler un cylindre autour de chaque artère que je liais ainsi facilement. Je simplifiai ensuite davantage mon manuel opératoire. Avant de décrire ce dernier, j'insiste sur la nécessité de se servir de pinces hémostatiques spéciales construites sur mes indications; ce sont des pinces en cœur et à griffes. J'en ai de grandes et de petites. Les petites mesurent 15 centimètres de long et ont de fortes branches; leurs mors ont la forme d'un cœur dont le bord libre est convexe. Le grand diamètre de ces mors mesure deux centimètres; ils sont garnis de fortes griffes en forme de dents de piège à loup afin que l'instrument ne dérape pas en saisissant le tissu utérin si résistant. Ces petites pinces servent à saisir les prismes de tissu utérin isolés autour des artères. J'ai fait en outre construire sur le même principe de grandes pinces, avec lesquelles on soulève le pédicule pour l'amener sous l'œil de l'opérateur.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Le traitement du pédicule comporte trois manœuvres distinctes:

1° L'hémostase;

2° La désinfection de la cavité utérine;

3° La fixation du pédicule derrière la paroi abdominale.

1° *Hémostase.* — Je n'insiste pas sur les détails de l'hystérectomie abdominale; après l'incision médiane de la paroi, on fait sortir la tumeur au dehors, on coupe les ligaments larges entre deux rangées de pinces et on jette autour du pédicule une ligature de caoutchouc arrêtée provisoirement par un clamp.

On sectionne alors la tumeur à deux ou trois travers de doigt, au-dessus du caoutchouc, et pour que le pédicule ne retombe pas dans le bassin, on le saisit en avant et en arrière avec deux grandes pinces en cœur et à griffes qui font en même temps l'hémostase d'une large surface du pédicule.

J'ai fait une remarque intéressante, c'est que les artères du pédicule siègent presque toutes à la périphérie; il suffit donc de placer sur les bords du pédicule une couronne de mes pinces en cœur très rapprochées les unes des autres et en nombre suffisant, pour réaliser l'hémostase temporaire.

En effet, lorsqu'on a pincé toute la circonférence du pédicule, on peut en toute sécurité desserrer le caoutchouc, du moins dans la majorité des cas.

Décrivons maintenant l'hémostase définitive des vaisseaux des bords et de la surface du pédicule.

Hémostase définitive des vaisseaux. — Le chirurgien confie à un aide la grande pince en cœur placée sur le bord postérieur du pédicule. Il donne les deux chefs du caoutchouc à son aide principal et celui-ci desserre lentement ce lien.

On voit alors soudre du sang en quelques points de la surface du pédicule; l'aide resserre le caoutchouc en tirant sur les deux chefs. Le chirurgien, qui a mis le doigt sur un des points saignants, trace tout autour avec son bistouri une incision rectangulaire profonde de 1 centim. environ. Le prisme de tissu utérin qui vient d'être isolé et qui porte un vaisseau à son centre est saisi avec une pince en cœur et on le lie fortement avec une grosse soie.

On recommence cette manœuvre tant que la surface n'est pas complètement exsangue.

Il reste encore à lier les vaisseaux de la circonférence du pédicule.

Le caoutchouc étant définitivement desserré, on enlève l'une

après l'autre les pinces en cœur. Quand l'ablation d'une de ces pinces provoque une hémorrhagie, on la remet en place et on donne de chaque côté de cette pince un coup de ciseaux qui isole



un fragment de tissu utérin porteur d'un vaisseau, on lie ce fragment avec une grosse soie, comme plus haut. On place ainsi sur le pédicule une série de ligatures qui lui donnent un aspect godronné.

2° *Désinfection du canal utérin.* — On ne doit procéder à

cette désinfection que lorsque le caoutchouc est enlevé. On promène d'abord le thermo-cautère sur toute la surface de la muqueuse. Ensuite, à l'aide de petits tampons d'ouate montés sur pinces, on cautérise la cavité utérine à la teinture d'iode qui est un excellent antiseptique, diffusant très profondément ; on cautérise ensuite au chlorure de zinc à 10 0/0. On termine cette désinfection en introduisant dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée débordant dans le vagin mais restant au ras du pédicule du côté du péritoine.

On désinfecte encore toute la surface de section du pédicule par un badigeonnage à la teinture d'iode.

3° *Fixation du pédicule derrière la paroi abdominale et drainage.* — Le dernier temps de l'opération consiste à passer un fil à travers la partie postérieure du pédicule ; les deux chefs de ce fil sont ensuite utilisés pour la suture de la paroi abdominale.

De ce fait, le pédicule se trouve appliqué immédiatement derrière la paroi avec laquelle il prend rapidement des adhérences. On achève la suture de la paroi et on place à la partie inférieure de l'incision une petite mèche de gaze iodoformée allant jusqu'au pédicule.

Cette fixation derrière la paroi, présente plusieurs avantages ; d'abord elle empêche le pédicule de tomber en arrière et de comprimer l'intestin, ce qui provoque l'occlusion (Treub). En second lieu, si quelque infection se faisait par le canal cervical, elle se trouverait rapidement limitée par les adhérences et le pus s'évacuerait au dehors grâce au drainage iodoformé.

Enfin, en cas de suintement sanguin, le contact avec la paroi et la présence de la gaze iodoformée faciliteraient la formation d'un caillot hémostatique.

Avantages de l'opération. — Cette opération est simple, elle s'exécute facilement et rapidement, et elle donne les plus grandes garanties au point de vue de la guérison.

En effet l'hémostase est assurée d'une manière très satisfaisante ; le sphacèle en masse n'est pas à redouter, la désinfection de la cavité utérine est facile et parfaite, il en résulte que les chances d'accidents septiques sont réduites au minimum.

D'autre part, la fixation du pédicule derrière la paroi présente les avantages énumérés plus haut, en protégeant contre l'occlusion intestinale, l'infection, la suppuration et l'hémorrhagie.

Enfin, cette méthode échappe encore à toutes les critiques que nous avons formulées contre les anciens procédés.

Nous n'avons pas à craindre le glissement de la ligature, ni l'infection par la cavité utérine, ni le sphacèle, ni l'élimination ultérieure du caoutchouc comme dans la méthode intra-péritonéale. Nous n'avons pas non plus à redouter le tiraillement d'un pédicule trop court par les broches, ni l'élimination lente du pédicule avec la suppuration qu'elle comporte, ni la fistule utéro-cutanée ni l'éventration comme dans la méthode extra-péritonéale.

L'opération que je propose est encore plus rapide, plus simple et plus économique que l'extirpation totale de l'utérus et expose moins à l'hémorrhagie immédiate ou retardée.

Enfin la ligature directe permet seule d'obtenir la guérison dans certains cas où les procédés classiques ne peuvent donner que des échecs, comme cela s'est présenté dans l'observation 2, dans laquelle, après avoir placé un caoutchouc sur le pédicule et fait l'amputation supra-vaginale, je vis tout à coup un fibrome du volume d'un œuf de poule s'énucléer du pédicule sous la pression du caoutchouc. Le pédicule étant alors devenu trop mince, le caoutchouc glissa et une hémorrhagie grave eut lieu.

Comme ce pédicule était très court et incapable de porter une ligature quelconque, j'aurais été fort embarrassé si je n'avais eu la ressource de la ligature directe. Cette méthode me permit de faire l'hémostase avec la plus grande simplicité et la malade guérit sans incidents.

Résultats obtenus. — J'ai employé huit fois la ligature directe des vaisseaux du pédicule. Six de mes malades ont guéri avec la plus grande simplicité.

Dans deux autres cas la mort est survenue, dans l'un, par suite de la blessure de la vessie qui s'est trouvée prise dans les ligatures des ligaments larges; dans l'autre par occlusion intestinale (coudure de l'intestin) sans lésions de péritonite.

Ces deux morts sont tout à fait indépendantes du traitement du pédicule; la ligature n'a jamais été en défaut, au contraire, elle ne m'a rendu que des services.

De l'emploi des crayons au chlorure de zinc dans le traitement des fibromes.

Condamin (Lyon) conseille, dans les fibromes utérins qui ne

donnent lieu qu'à des hémorrhagies et à de l'hydrorrhée, d'employer les crayons au chlorure de zinc quand les malades sont trop cachectiques pour supporter une opération curative radicale, ou qu'elles sont aux approches de la ménopause. Cette méthode a donné à M. Laroyenne, qui l'emploie depuis trois ans, d'excellents résultats. Le curettage est beaucoup moins efficace et s'accompagne bien plus fréquemment de récidives au point de vue de l'hydrorrhée ou de l'hémorrhagie.

Quant à la sténose du col, elle n'a jamais été observée à la clinique gynécologique de Lyon, peut-être à cause des précautions toutes particulières que l'on prend pour que l'action du caustique ne porte pas sur le segment cervical. Pour cela, après dilatation du col utérin et désinfection de la cavité utérine, un crayon mitigé au chlorure de zinc y est introduit. La cavité du col est fortement tamponnée. Après cette intervention, la malade reste couchée sur le ventre pendant plusieurs heures. Le col se trouve ainsi garanti. Au bout de huit à douze jours, l'eschare tombe. Il est utile de replacer immédiatement, et avec les mêmes précautions, un second crayon, mais plus petit.

Après l'application de ces caustiques, on voit quelquefois survenir un peu de fièvre ; mais elle disparaît rapidement. Cette méthode, qui repose sur l'expérience de M. Laroyenne et sur un nombre assez considérable d'observations, mérite d'être prise en considération à cause de son efficacité et de la facilité de son application. Elle ne diminue en rien les indications des autres interventions opératoires, mais s'applique logiquement aux fibromes qu'une ménopause prochaine va modifier. On évite ainsi les dangers encore assez nombreux qui accompagnent une opération plus radicale.

Du traitement chirurgical des gros fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale.

H. Duret (Lille). — Sous le nom de gros fibromes utérins, nous n'avons en vue que les fibromes non pédiculés, remplissant en grande partie l'abdomen, pesant 8, 10, 15 et 20 kilogrammes, causant des troubles fonctionnels graves (œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs, dyspnée, troubles digestifs, hémorrhagie, cachexie, etc.).

Pour ces cas le traitement extra-péritonéal du pédicule est le

seul, à mon avis, susceptible d'assurer la guérison des malades. Les 3 observations que je vous présente, montrent ce qu'on peut en obtenir, même dans les cas les plus défavorables. Ces succès s'expliquent par ce fait que je me suis attaché à établir, dès 1890, à savoir que le danger de l'hystérectomie vient surtout de l'infection du moignon.

Au neuvième jour, j'ai l'habitude d'enlever au bistouri la partie sphacélée du moignon, au-dessus de la ligature. La plaie est ensuite pansée à plat, et la guérison se trouve simplifiée.

Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins.

RICHELOT (Paris). — (Sera publié in extenso.)

H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). — J'avais d'abord considéré l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes comme la ressource ultime à laquelle on pût recourir, et je pratiquais autant que possible l'opération d'Hegar et l'énucléation par morcellement; mais la première de ces opérations ne m'a donné que 80 0/0 de succès définitifs, et la deuxième environ 70 0/0 seulement, chiffres équivalents à ceux de l'hystérectomie abdominale qui est de 75 0/0. J'ai donc cru devoir adopter les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic; 2° la castration est l'opération de choix pour les petites tumeurs, chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorrhagie; 3° l'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses. Elle devra être complétée par l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer; 4° tous les cas, qui ne rentrent pas dans ces catégories bien nettes seront justiciables de l'hystérectomie abdominale. Cette dernière opération redevient donc l'opération de choix; or, la fixation extérieure du pédicule de même que sa réduction, ne donnant que des résultats très médiocres, c'est à l'hystérectomie abdominale totale qu'il faut recourir. C'est l'opération de l'avenir. Quant à l'électrisation des gros corps fibreux, non seulement je la considère comme inutile, mais encore comme nuisible.

En terminant sa communication, M. Delagenière dit que pour attirer, soutenir, mouvoir la tumeur, il se sert d'une sorte de tire-bouchon à hélice terminé par un anneau que saisit un aide ou que

l'on attire avec un crochet pouvant au besoin s'adapter à une paire de mouffles.

J. HUE (Rouen). — Les inconvénients de la conservation du col dans l'hystérectomie abdominale ne me semblent plus à démontrer. Le plus simple est de l'extirper : on supprime la cavité cervicale susceptible de s'infecter, et l'hémostase est plus facile. Il y a deux ans j'ai pratiqué cette opération. Les suites ont été simples, à part une fistule urétérale droite.

Depuis lors je l'ai répétée deux fois dans deux cas de fibromes énormes, la guérison a été complète.

QUEIREL (Marseille) a opéré une volumineuse tumeur par la méthode de Martin : il y avait des adhérences étendues avec l'intestin. Il parvint à les détacher sauf au niveau du rectum; il put néanmoins terminer par l'énucléation et la castration.

Il a fait cinq hystérectomies abdominales avec pédicule perdu et a eu quatre guérisons et une mort. Cette statistique semble favorable à la méthode de réduction du pédicule.

REYNIER (Paris) passe en revue les moyens médicaux qui, pas plus que l'électricité, ne lui donnèrent de succès. Depuis 1890, il est devenu plus audacieux, et sur 26 interventions il n'a eu qu'un décès; il a fait 4 fois l'opération de Battey, 3 fois avec succès, une fois avec une simple amélioration. Les hystérectomies vaginales qu'il a opérées le furent selon des procédés mixtes, car le plus souvent le chirurgien est obligé de faire comme il peut. Quand la tumeur est volumineuse, qu'elle dépasse le volume d'une tête de fœtus, il préfère la laparotomie et conseille le procédé avec pédicule extra-abdominal, qui est moins brillant pour le chirurgien, mais plus utile pour la malade.

Séance du 7 avril (soir).

Traitement des fibromes de l'utérus.

ROUTIER (de Paris). — La vraie formule du traitement des fibromes utérins est encore à donner : dans quels cas exactement doit-on temporiser, dans quels autres doit-on agir, et alors comment faut-il agir? Autant de questions qui se posent et que chaque chirurgien résout beaucoup plus d'après ses tendances personnelles que d'après des règles générales, car je ne tiens pas

pour prouvé que tout fibrome soit justiciable de l'hystérectomie vaginale.

Il me semble qu'on pourrait diviser les fibromes ainsi qu'il suit d'après leurs symptômes prédominants:

1° Ceux qui se manifestent par des hémorrhagies, depuis des règles trop abondantes jusqu'aux pertes incessantes ;

2° Ceux qui gênent surtout par leur volume et qui peuvent ou simplement incommoder le malade, ou aller jusqu'à rendre la station debout impossible, et le décubitus très douloureux ;

3° Ceux qui compriment les organes voisins ;

4° Ceux qui sont surtout douloureux, et que nous savons être presque toujours des fibromes pédiculés et mobiles.

Dans tous ces cas, le chirurgien doit prendre un parti et agir d'après la valeur accordée à tel ou tel symptôme.

En dehors de ces cas, il est des fibromes qu'on peut traiter par l'expectation ; j'ai vu des malades qui avaient des fibromes remontant au-dessus de l'ombilic, mais sans autres symptômes que la grosseur du ventre ; la ménopause est venue, et elles ont aujourd'hui une matrice à dimensions normales : ce qui ne veut pas dire que le fibrome, parce qu'il est de nature bénigne, soit dans tous les cas une tumeur bénigne.

Quand j'ai eu affaire à des fibromes surtout hémorrhagiques, avec des cavités utérines profondes, j'ai volontiers eu recours à la castration tubo-ovarienne, qui, entre mes mains, a toujours été bénigne et qui m'a donné des résultats thérapeutiques très satisfaisants.

J'ai opéré ainsi 21 malades avec 21 guérisons. Tous ces cas n'étaient cependant pas simples, et je relève notamment un cas de fibrome remontant à l'épigastre, chez une albuminurique par compression ; après bien des péripéties, cette femme, opérée il y a sept ans, se porte à merveille aujourd'hui et son utérus est revenu à l'état normal.

Dans 3 cas, j'ai fait suivre la castration tubo-ovarienne de l'ablation d'un ou plusieurs fibromes sous-péritonéaux douloureux.

Dans 2 cas, j'ai consécutivement enlevé par les voies naturelles des fibromes qui, par leur évolution, étaient devenus intra-utérins après la castration et qui donnaient lieu à l'écoulement fétide bien connu.

Je viens de retrouver dans le service de M. le Dr Bouilly une

malade que j'avais perdue de vue et à laquelle il va falloir enlever par les voies naturelles son fibrome devenu intra-utérin, et en train de se gangrener.

Dans un cas compliqué d'une grossesse de cinq mois, j'ai enlevé un très gros fibrome largement pédiculé sur l'utérus gravide : la malade a accouché à terme quatre mois plus tard dans le service de M. Budin.

Quand le fibrome est surtout pelvien, quand il semble qu'en même temps les trompes soient malades, je fais l'hystérectomie vaginale.

Mon premier cas remonte à 1888 et fut opéré à Laënnec. C'est seulement depuis 1891 que j'ai modifié ma pratique sur ce point, mettant à profit la section médiane de l'utérus que j'ai apprise dans le service de M. le Dr Quénu que je remplaçais.

J'ai depuis lors ainsi réglé le procédé :

1° Ouverture du cul-de-sac postérieur pour vérifier par le toucher direct les lésions ; ceci semble banal aujourd'hui, mais personne n'y avait songé quand je l'ai communiqué à la Société de chirurgie ;

2° Ouverture du cul-de-sac antérieur, section de l'utérus suivant la ligne médiane, luxation de chaque moitié qu'on fait suivre plus ou moins facilement par les annexes ; pincement du pédicule et section.

J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 6 malades atteintes de fibrome et j'ai eu 6 guérisons.

Quand j'ai cru devoir employer l'hystérectomie abdominale, j'ai d'abord employé le procédé à pédicule externe.

Sur 16 hystérectomies abdominales avec pédicule externe, j'ai eu 3 morts.

Une des opérées est morte le troisième jour, en proie aux plus vives douleurs depuis son réveil chloroformique ; l'autopsie ne nous montra pas autre chose qu'une petite adhérence grisâtre entre la partie postérieure du pédicule et une anse d'intestin grêle.

Une autre est morte d'étranglement interne par volvulus : je m'accuse, dans ce cas, de n'avoir pas eu de décision, car soupçonnant cet accident dès la fin du deuxième jour, j'ai attendu le sixième jour pour refaire la laparotomie, j'ai déroulé le volvulus, mais la malade ne s'est pas réchauffée. Ceci se passait en 1892 dans le service de M. Labbé, que je suppléais à Beaujon.

La troisième est morte en décembre 1892 à l'Hôtel-Dieu : je ne puis expliquer sa mort autrement que par une intoxication iodoformée.

Dans plusieurs des cas guéris, le fibrome était compliqué de salpingites purulentes, d'hématosalpinx, une fois d'un très volumineux kyste inclus du ligament large.

Plus tard, j'ai voulu perfectionner, et j'ai ajouté à l'hystérectomie abdominale l'ablation vaginale du pédicule. Ici mes résultats sont moins heureux : sur 6 cas, j'ai eu 3 morts et 3 succès.

Une de mes malades, opérée rapidement sans le moindre incident à Beaujon, en présence de M. le Dr L. Labbé, est morte d'une hémorrhagie survenue quarante-huit heures après, au moment où M. Lafourcade, interne du service, enleva les clamps laissés sur les ligaments larges.

Mes deux autres malades sont aussi mortes des suites d'une hémorrhagie survenue au moment où on les rapportait dans leur lit; les deux fois les pinces ont lâché; ceci se passait à Cochin.

Parmi les trois malades guéries par ce procédé, je note un cas des plus compliqués : il s'agissait d'un fibrome sus-ombilical flanqué de deux grosses salpingites purulentes dont l'une a crevé au cours de l'opération.

En somme, il n'y a pas de règle absolue, et il faut savoir choisir, entre les procédés ou les méthodes, ce qui convient au cas à traiter ; c'est ce choix qui fera toujours le mérite du chirurgien.

Potherat (Paris) a opéré 23 myômes utérins, qui sont : 6 énucléations de fibromes sous-muqueux, toutes heureuses; 5 hystérectomies abdominales avec 2 décès; 12 hystérectomies vaginales totales, avec un décès, ce dernier concernant une femme à laquelle M. Potherat avait omis de faire le curettage préalable de la cavité utérine. C'est là l'opération de choix quand la tumeur n'est pas trop volumineuse.

Rouffart (de Bruxelles). — Le traitement palliatif des fibromes utérins a ses indications, et souvent j'ai eu recours au curettage qui m'a donné d'excellents résultats, surtout au point de vue de la suppression des hémorrhagies ; le traitement médical, notamment l'ergotine, peut quelquefois avoir de bons effets, mais c'est le curettage que je considère comme le meilleur moyen pal-

li atif, malgré la nécessité dans laquelle on se trouve souvent d'y revenir plusieurs fois.

Quand la nécessité d'une intervention chirurgicale a été reconnue, il est nécessaire de ne pas attendre, de s'y décider de bonne heure, car il faut, avant tout, que les malades se présentent dans les meilleures conditions possibles pour résister au choc opératoire.

Pour l'extirpation des fibromes utérins, comme pour les suppurations pelviennes, la voie vaginale me paraît être la plus avantageuse, en raison de la gravité moindre de l'intervention et des inconvénients de la cicatrice abdominale, beaucoup plus importants qu'on ne le dit le plus souvent. Ce n'est que dans les cas où la tumeur est trop volumineuse, et atteint, par exemple, le volume d'une tête de fœtus, que la laparotomie est indiquée. J'ai déjà rapporté quatre opérations faites dans ces conditions, avec un décès, et j'ai cinq nouveaux faits, avec extirpation du col par le vagin, suivis de guérison.

Traitement électrique des fibromes.

BERGONIÉ et ANDRÉ BOURSIER (de Bordeaux). — Ce travail a uniquement pour but de publier les résultats obtenus à la clinique électrothérapique de Bordeaux en dehors de toute discussion de la question. Les observations ont été recueillies depuis le mois de novembre 1885 jusqu'à l'époque actuelle. Le nombre des cas observés a été de plus de 200. A peu près 100 d'entre ces observations ont dû être éliminées comme incomplètes ou pour d'autres raisons. Le traitement a été seulement appliqué à tous les utérus myômateux et aux tumeurs fibreuses utérines. Ne sont pas compris dans ces observations les cysto-fibromes, les polypes fibreux et les fibromes sous-péritonéaux à pédicule mince ou libres dans l'abdomen.

Technique. — Méthode monopolaire positive; hystéromètre en charbon, réuni au pôle positif de la batterie, introduit dans l'utérus; large électrode indifférente abdominale réunie au pôle négatif. Les intensités utilisées ont varié de 25 mA à 150 mA; la durée moyenne des séances a été 10 minutes. Antisepsie au moyen de la solution de sublimé à 1/4 p. 1000.

Analyse des résultats. — Ceux-ci sont basés sur 100 observations entièrement comparables et comme diagnostic et comme

technique suivie. Sur ces 100 cas, 54 sont des *fibromes volumineux* sur lesquels on a observé 7 fois une *diminution manifeste du volume* de la tumeur : soit 10 0/0 environ. 90 sont des cas de fibromes avec *hémorrhagies*, sur lesquels 81 fois ce symptôme a disparu ou s'est amendé sous l'influence du traitement, soit 90 0/0. 41 sont des cas accompagnés de douleurs, sur lesquels 22 ont éprouvé une amélioration ou une disparition de ce symptôme, soit 50 0/0 environ. Enfin, dans 63, le mauvais état général des malades a été amélioré, soit 79 0/0. Ces faits démontrent : 1° que le traitement électrique, d'après la méthode employée, est surtout un palliatif efficace dans les cas de fibromes hémorrhagiques (90 0/0) ; 2° qu'il agit favorablement aussi sur l'état général (79 0/0) ; 3° que les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous son influence (50 0/0) ; 4° enfin que son action au point de vue de la diminution du volume de la tumeur n'est que rarement efficace (10 0/0).

L.-R. REGNIER (de Paris). — De recherches cliniques qui ont porté sur 59 malades, je crois pouvoir conclure : 1° qu'il y a lieu d'appliquer le traitement électrique toutes les fois qu'un fibrome, accompagné ou non d'hémorrhagies ou de métrorrhagies, coexiste avec des annexes saines ou ne contenant ni kystes, ni pus, ni sang ; 2° dans les cas où la présence de la tumeur n'entraîne pas de pertes sanguines, on donnera la préférence aux applications intra-utérines négatives, l'action résolutive chez ces dernières étant plus énergique ; 3° dans les cas de douleurs dues à la compression, les applications de courants continus descendants amènent la sédation en provoquant la diminution de volume de la tumeur. S'il s'agit de neurasthénie pelvienne on donnera la préférence à la faradisation avec la bobine à fil fin et les intermittences rapides ; 4° le traitement électrique est nettement contre indiqué : a) dans les cas de fibromes accompagnés de lésions kystiques, hématiques ou suppurées des annexes ; b) dans les fibromes présentant de l'hydrorrhée ; c) dans les fibromes inclus dans la cavité utérine.

Traitement des corps fibreux pendant la grossesse.

AIMÉ GUINARD (Paris). — Une malade de 33 ans s'est présentée, à l'hôpital Saint-Louis, au troisième mois de sa cin-

quième grossesse. Trois de ses grossesses se sont passées normalement. Les accouchements ont eu lieu à terme; les trois enfants sont vivants. La quatrième a nécessité l'emploi du forceps : l'enfant était mort. Avant la suspension de ses dernières règles, cette malade avait des ménorrhagies très abondantes et un peu de leucorrhée.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, en août 1892, elle se plaint de douleurs de ventre très vives.

L'examen montre deux tumeurs qui semblent distinctes : l'une, qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic et rappelle, par sa rénitence, un utérus gravide; l'autre, qui remplit le petit bassin du côté droit, est dure, lisse et beaucoup moins mobile. Entre les deux tumeurs, se trouve l'ovaire droit appendu à l'utérus et douloureux au palper.

On porte le diagnostic de corps fibreux tenant au bord droit d'un utérus gravide, et comme il est aisé par le toucher vaginal de s'assurer que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible, on décide la malade à accepter une opération.

Le 6 septembre, je fais une longue incision sus-pubienne et trouve un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus à terme, inclus dans le ligament large droit. Après avoir incisé le ligament large, j'énuclée la tumeur et place une solide ligature en chaîne à la soie sur un pédicule peu volumineux. Suture du ligament large en surjet. Pas de drainage.

Les suites de cette opération ont été très simples et, quand la malade sortit de l'hôpital, un mois après l'opération, l'utérus gravide avait repris sa position sur la ligne médiane. Elle a accouché, sans accident aucun, à sept mois et demi.

Ce fait montre qu'on peut, sans compromettre une grossesse en cours, pratiquer des opérations abdominales même pour les tumeurs du petit bassin, attenant à l'utérus, pourvu, bien entendu, qu'elles soient pratiquées dans des conditions d'asepsie parfaite.

On peut, comme on l'a conseillé en pareil cas, attendre le terme de la grossesse et faire une opération césarienne, mais l'intervention est moins radicale, puisque la malade garde sa tumeur.

A mon sens, on ne doit pratiquer l'opération césarienne en cas de fibrome de l'utérus que si la tumeur siège dans le segment

inférieur et occupe l'excavation pelvienne, comme chez la malade dont mon ami Picqué a récemment présenté l'observation avec guérison, à la Société de chirurgie. Si, au contraire, le fibrome siège sur une région de l'utérus accessible soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale et, à plus forte raison, si la tumeur, comme chez ma malade, n'est qu'accolée à l'utérus et reste incluse dans le ligament large, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation au cours de la grossesse. En d'autres termes, l'opération idéale est la myomectomie abdominale ou vaginale dans le premier cas, l'énucléation dans le second.

Et si l'opération a été aseptique, on aura la satisfaction de voir la grossesse continuer son cours normal, comme dans l'observation qui fait l'objet de cette communication.

PICQUÉ. — Dans mon cas, la myomectomie était impossible sans interrompre la grossesse, c'est sur le conseil de M. Tarnier que j'ai pratiqué la césarienne à terme.

VAUTRIN (Nancy). — J'ai observé trois cas de grossesse compliquée de fibromes et dans les trois cas les terminaisons ont été différentes : dans l'un, j'ai fait la myomectomie sus-pubienne en enlevant en même temps l'utérus par l'opération de Porro ; dans le second, j'ai pu intervenir sur le fibrome et ma malade est accouchée avant terme. Dans le troisième cas, sur l'avis de M. Herrgott fils, et malgré des symptômes graves, j'ai attendu le travail, et alors le fibrome s'est désenclavé et l'accouchement s'est terminé naturellement et heureusement.

Malgré le succès inespéré de l'expectation dans ce dernier cas, je n'oserais pas attendre si pareil fait se représentait à mon observation. Je crois donc qu'en présence d'une grossesse accompagnée d'un fibrome, quand la tumeur est fortement enclavée et n'offre aucune tendance à se dégager, il ne faut pas hésiter à opérer de bonne heure. Il serait, en effet, dangereux d'attendre le moment de l'accouchement, car on sait combien les femmes sont alors exposées à l'infection.

Hystérectomies abdomino-vaginales.

GOULLIOUD (Lyon). — Le premier en France, j'ai fait pour fibrome non compliqué de cancer du col l'hystérectomie abdominale totale. J'y avais été conduit par une double idée. L'extirpation

vaginale du col devait, selon moi, supprimer les inconvénients des traitements extra-péritonéal ou intra-péritonéal du pédicule ; elle devait bénéficier de la bénignité de l'hystérectomie vaginale en lui empruntant la forcipressure comme moyen hémostatique, le large drainage au point déclive, l'avantage de faire une partie de l'opération hors du contact des anses intestinales.

Par l'ablation du pédicule, on supprime la cavité cervicale si difficile à stériliser, on draine le péritoine, on fait une hémostase directe sur les quatre artères qui vascularisent l'utérus. On évite les hernies ventrales tardives qui suivent fréquemment la fixation externe du pédicule, on n'a plus à craindre la persistance d'une fistule vagino-abdominale.

C'est le 17 août 1891, que j'ai, pour la première fois, pratiqué l'extirpation vaginale du pédicule, que j'avais proposée le 18 mai de la même année à la Société de médecine de Lyon.

Dans un premier temps, je fais l'ablation de l'utérus fibromateux et la section de l'isthme après ligature de la partie supérieure des ligaments larges.

Dans un deuxième temps, j'extirpe le pédicule suivant les règles posées pour l'hystérectomie vaginale.

Dans un troisième, je suture la paroi abdominale.

Ma première malade, qui portait, en même temps que son fibrome, une hydrosalpingite volumineuse, a guéri.

Dans mon second cas, il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique du poids de 6 kilogr. La tumeur était presque entièrement développée dans le tissu cellulaire pelvien et les culs-de-sac péritonéaux, antérieur et postérieur, se trouvaient très relevés et portés hors du bassin. J'ai été tout naturellement conduit, en isolant cet utérus fibromateux du tissu cellulaire pelvien, à suivre ses faces antérieure et postérieure jusqu'à la muqueuse vaginale qui a été incisée par l'abdomen au pourtour du col. Tamponnement iodoformé des surfaces cruentées, guérison opératoire. Mais quelques semaines plus tard la malade revenait avec une fistule urétérale droite. Le seul temps vraiment difficile de cette hystérectomie avait été la constitution d'un pédicule d'hémostase sur les artères utérines au fond du bassin. Il est probable que l'uretère avait été pris dans la ligature, d'où l'apparition tardive de la fistule urétérale. J'ai l'impression qu'en sectionnant l'isthme utérin et en faisant par le vagin l'extirpation du pédicule ou, tout au moins,

la libération du col, j'aurais plus aisément fait l'hémostase des artères utérines au moyen des pinces à demeure et probablement évité la blessure de l'uretère.

En admettant que l'hystérectomie totale soit appelée à se substituer souvent à l'amputation supracervicale, il y aurait donc lieu, je crois, de réserver une large place à la méthode de l'hystérectomie avec ablation vaginale du pédicule ou, tout au moins, à la libération vaginale du col.

Dans mon troisième cas, il s'agissait d'un cysto-fibrome du poids de 8 kilogr. 500 gr., développé en quelques mois chez une fille de 43 ans. L'énucléation du fibrome intra-ligamentaire fut simple et sans perte de sang. La poche fut marsupialisée et tamponnée à la gaze iodoformée. Malheureusement le fibrome en se développant avait dédoublé le mésentère de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle sur une longueur de 10 centim. A la suite de la marsupialisation,cet intestin se couda et des accidents d'occlusion survinrent le 7e jour qui emportèrent la malade le 11e.

M. Schwartz. — Dans l'hystérectomie pour corps fibreux volumineux impossibles à enlever à l'aide d'un morcellement par la voie vaginale, la question du pédicule reste toujours le point litigieux, malgré les perfectionnements de l'hémostase, malgré les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est de lui que partent presque toujours les complications graves qui compromettent le résultat opératoire immédiat et contribuent pour beaucoup à la mortalité de l'hystérectomie abdominale,

Aussi pensons-nous que toutes les fois que la chose est possible, c'est à l'extirpation totale de l'utérus et à la suppression de tout pédicule que doit viser le chirurgien.

C'est à l'hystérectomie abdominale combinée à l'ablation vaginale du pédicule que nous avons eu recours dans le fait que voici:

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans, vierge, atteinte d'une volumineuse tumeur dépassant l'ombilic et ayant pris depuis un an un développement rapide. La tumeur fut enlevée par l'abdomen, un lien de caoutchouc placé sur le col servit de point de repère pour atteindre par le vagin le pédicule qui fut enlevé comme dans une hystérectomie vaginale. La guérison a été rapide. Il s'agissait d'un myxo-fibrome.

Le Bec (Paris). — Sous le nom d'hystérectomie laparo-vaginale,

nous désignons l'opération double, comprenant l'ablation de la tumeur par la laparotomie et ensuite du pédicule par le vagin.

Elle a pour but de tourner les inconvénients des autres méthodes d'hystérectomie. La méthode intra-péritonéale expose aux hémorrhagies par glissement du lien constricteur, à l'infection péritonéale par les microbes du moignon, enfin à l'élimination suppurative du lien et du pédicule.

Le procédé extrapéritonéal est lent, souvent douloureux et expose aux éventrations consécutives.

C'est en raison de tous ces inconvénients qu'on a cherché à extirper le pédicule.

Nous ne pensons pas que ce procédé soit applicable à tous les fibromes, ceux qui sont peu volumineux et accessibles par le vagin devant être enlevés par cette voie, suivant la méthode de morcellement de Péan.

L'hystérectomie laparo-vaginale offre quelques difficultés provenant des vaisseaux des ligaments larges.

Lorsqu'on distend fortement les ligaments larges, on voit nettement que les vaisseaux forment deux groupes : le groupe externe contient les vaisseaux utéro-ovariens, et le groupe interne est accolé à l'utérus. Entre ces deux groupes, il existe toujours un espace celluleux large de 2 à 3 centimètres. On peut passer à ce niveau un fil qui étreint les vaisseaux du groupe externe. Le groupe interne est difficile à séparer de l'utérus et est compris dans le pédicule. Si on ne lie pas bien les vaisseaux externes, voici ce qui se passe : le lien constricteur plisse le ligament large; si on le pince ainsi replié, quand on veut détacher le pédicule par le vagin, le ligament se détend et la partie élevée, qui contient les vaisseaux, s'échappe de la pince.

Quand le lien constricteur est mis sur le pédicule, on détache la tumeur. Il est bon alors de mettre une pince de Museux sur l'ouverture de l'utérus, car la muqueuse pourrait infecter le péritoine. Le col est enlevé comme dans l'hystérectomie vaginale ordinaire.

Avant de placer les longues pinces sur les ligaments larges, on peut utilement mettre une main dans le ventre. Elle guide les pinces, vérifie la prise des ligaments et permet de s'assurer que ni l'intestin, ni l'uretère ne sont pris.

LARGEAU (Niort). — Il est un certain nombre de gros fibromes

interstitiels que l'on ne peut opérer que par l'hystérectomie abdominale totale. Ce sont ceux qui, développés dans une des parois utérines, se coiffent de tissu utérin et ont cliniquement l'aspect et la forme d'utérus gravides. Il n'y a pas de col. Le fond du vagin est rempli par une grosse masse arrondie.

Trois fois j'ai opéré dans ces conditions, et par trois procédés différents : 1° fixation du vagin à la plaie abdominale; 2° double drainage abdominal et vaginal, l'orifice supérieur du vagin restant largement ouvert; 3° suture complète du vagin et du péritoine par-dessus le vagin.

C'est le second procédé qui a donné le meilleur résultat. Il permet un drainage parfait du péritoine et de tout le petit bassin, il expose moins que tout autre à la septicémie.

Hystérectomie abdominale avec traitement intra-péritonéal du pédicule.

Dubourg (Bordeaux). — En principe, le traitement chirurgical des fibro-myômes utérins me paraît devoir être l'hystérectomie abdominale, et les indications de l'intervention sont fournies essentiellement par l'abondance des hémorrhagies, l'accroissement rapide des tumeurs, les phénomènes de compression et en particulier ceux qui se manifestent du côté de la vessie, et enfin les crises douloureuses. Les contre-indications résident surtout dans l'état cachectique des malades, ou dans l'existence de lésions cardiaques, rénales, etc. Avant de penser à une opération, on doit toutefois commencer par essayer l'électrolyse qui exerce souvent une influence incontestable sur les hémorrhagies, en les diminuant d'une façon très appréciable. Lorsqu'on doit se résoudre à l'intervention chirurgicale, c'est l'hystérectomie abdominale qui me paraît offrir les plus grands avantages, et c'est à l'hystérectomie partielle supra-vaginale que j'accorde la préférence. Lorsqu'on admet le traitement intra-péritonéal du pédicule, il suffit de faire la ligature du moignon avec de gros catguts, divisant le pédicule en quatre parties. J'ai appliqué quatre fois ce procédé avec un succès complet. Lorsqu'il existe des adhérences trop étendues, lorsque l'on est en présence de difficultés trop considérables qui pourraient compromettre l'existence de la malade, on se bornera à faire la castration ovarienne.

Appareil à suspension pour l'ablation des fibromes.

A. Reverdin (de Genève) fait remarquer dans l'hystérectomie abdominale l'inutilité et les dangers du pédicule; son ablation secondaire est un pis-aller. L'extraction totale de l'utérus est difficile à cause du poids et de la situation gênante de cet organe. Il présente une sorte de pince forceps, qui, saisissant l'utérus, peut l'élever à volonté au moyen d'une corde passant par une poulie, fixée au plafond. Cet appareil a l'avantage de supprimer un aide, presque toujours gênant pour le chirurgien. L'auteur a enlevé de cette façon avec succès deux gros utérus myomateux. Schültze, de Iéna, a essayé aussi avec succès le même procédé.

M. Verneuil s'excuse de prendre la parole dans un sens un peu réactionnaire. Il s'agit d'une maladie banale, dont tout chirurgien s'est occupé toute sa vie. On a indiqué ici une foule de procédés ; et du débat il semblerait résulter que le traitement doit toujours être opératoire; c'est la proposition qu'a émise nettement un des orateurs. C'est une proposition contre laquelle s'élève M. Verneuil. Enlever l'utérus pour un corps fibreux gros comme une châtaigne est inadmissible. Les corps fibreux ne causant pas d'accidents sont fréquents; on en voit de gros comme la tête qui disparaissent sans que les femmes aient interrompu leur existence. Les morts causées directement par les fibromes sont très rares. Il faut autant que possible agrandir le champ de la thérapeutique aux dépens de celui de la médecine opératoire.

II. — TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Séance du 7 avril (matin).

Remarques sur une série de 59 cas de laparotomies pour lésions suppurées péri-utérines.

Terrier et Hartmann (Paris). — (Voir plus haut, p. 417).

Broca (Paris). — Je ne veux pas insister ici sur les indications générales de la laparotomie dans les suppurations pelviennes, sur le parallèle avec l'hystérectomie vaginale : je ne saurais que répéter ce que vient de dire mon maître M. Terrier, à l'école duquel j'ai appris tout ce que je sais en chirurgie abdominale. Mais pour apporter ma contribution au débat, je relaterai

les opérations pour suppurations pelviennes que j'ai pratiquées à l'hôpital Bichat pendant les périodes où j'ai eu l'honneur d'y suppléer M. Terrier.

Mes laparotomies sont au nombre de neuf, et elles se décomposent en : un drainage de la poche, huit extirpations menées à bien avec un décès.

Le cas où j'ai dû me contenter de drainer la poche pourrait être compté en faveur de l'hystérectomie. Je ne crois pas toutefois qu'il doive en être ainsi. Il est relatif à la première salpingite — suppurée ou non — que j'ai opérée, et pour mes débuts je suis tombé sur un cas tout particulièrement difficile, avec poche incluse dans le ligament large. J'ai essayé de décortiquer, avec quelques fautes dont je me rends compte maintenant, et constatant que j'allais, vu mon inexpérience, à un échec presque certain, j'ai préféré m'en tenir à l'acte dont je me sentais sûr, à la marsupialisation de la poche. Je pense que j'ai bien fait, et la malade a guéri ; son état a été amélioré très nettement, mais les douleurs n'ont pas radicalement cessé. Si j'analyse maintenant mon décès, le seul de la série, je constate que la mort y a été produite par une péritonite d'origine intestinale, une plaque noire existant sur le cæcum, en un point où j'avais rompu des adhérences. Peut-être l'aurais-je évitée si j'avais suturé, tout comme si elle était pénétrante, cette déchirure des tuniques externes. En tout cas, instruit par cet échec, j'ai depuis cette époque examiné toujours avec grande attention les anses intestinales que j'avais libérées : chez trois malades j'ai ainsi fait des entérorrhaphies, dont une pour une large déchirure complète, et toutes les trois ont parfaitement guéri, sans fistule stercorale. La seule fistule stercorale que j'aie observée est relative à une femme dont je n'ai pas pu surveiller moi-même les pansements et chez qui on a laissé séjourner pendant quatre mois une mèche iodoformée : après son extraction, des matières fécales ont passé par la fistule, mais pendant quelques jours seulement.

Ce qui est plus fréquent, ce sont les fistules entretenues par le fil du pédicule. Mais au bout de quelque temps, avec de la patience et parfois avec une tige de laminaire, le fil s'élimine et la guérison est radicale. Cela m'est arrivé deux fois. Mes opérées ont été revues au moins quatre mois après l'opération et leur santé reste parfaite ; plusieurs ont été examinées localement

et le palper bimanuel a démontré la souplesse de tous les organes et tissus du petit bassin. Si pour moi la laparotomie est l'opération de choix pour toutes les poches énucléables (trompes ou ovaires), je n'en suis pas partisan pour les pelvi-péritonites avec abcès du cul-de-sac de Douglas. Je l'ai faite une fois dans ces conditions, au début de ma pratique, et ma malade est morte. Il y a quelque temps je me suis retrouvé en face d'un cas de ce genre que j'ai traité avec plein succès par l'incision du cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane. Il existe enfin des suppurations du tissu conjonctif péri-utérin, et si parfois elles se collectent en un abcès qu'on ouvre là où il pointe, dans d'autres cas elles forment des périmétrites diffuses. Dans un cas de ce genre, consécutif à un accouchement récent, j'ai fait l'hystérectomie vaginale, et si en morcelant l'utérus, j'ai réussi à ouvrir l'intestin, je suis bien certain que j'ai laissé dans le bassin des poches purulentes. A part la fistule stercorale que j'ai créée, l'état de la malade n'a pas été modifié par mon intervention, et elle a succombé environ trois semaines après, à la continuation des accidents. L'autopsie a été impossible. Je n'en tire d'ailleurs pas argument contre l'hystérectomie, que je considère encore, malgré ses difficultés et son échec, comme étant dans l'espèce la seule méthode possible.

De la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie.

Boiffin. — Il faut distinguer les cas où il y a lésion suppurative et lésion non suppurative.

J'ai opéré 14 cas suppurés avec deux morts, l'une par occlusion intestinale, volvulus du côlon constaté à l'autopsie, l'autre par déchirure de l'intestin mal traitée. Les lésions siègent le plus souvent dans les trompes, la laparotomie permet de les voir et par conséquent de plus complètement opérer que par l'hystérectomie.

J'ai vu dans un cas une ulcération sur une anse d'intestin grêle, la muqueuse seule persistait, il y eut une fistule qui guérit en 4 semaines. Il y avait un diverticule iliaque ne communiquant que par un pertuis avec la première poche. La laparotomie nous permit de l'ouvrir largement, ce que n'aurait pas fait l'hystérectomie.

Chez une femme avec suppuration bilatérale consécutive à un

fibrome utérin sphacélé, une double incision inguinale me permit de drainer et de guérir cette malade, qui épuisée n'aurait pas résisté à une hystérectomie.

Dans un cas de suppuration du cul-de-sac de Douglas avec fistule intestinale je me contentai de l'incision et du drainage. Elle guérit, mais 2 mois après douleurs, infiltration du ligament large droit. Je me dis que j'avais eu tort de ne pas faire immédiatement l'hystérectomie vaginale. Je la fis. Je la crus d'abord guérie, mais quelque mois plus tard elle recommença à souffrir, à avoir de la fièvre, il y eut ouverture spontanée dans le rectum d'une collection. L'hystérectomie vaginale n'avait pas donné le résultat immédiat et éloigné heureux.

Chez une autre hystérectomisée à lésions graves et fistule intestinale, j'eus pendant 8 à 10 jours des inquiétudes à cause de la fièvre persistante. Elle guérit, resta bien portante un an et au bout de ce temps fut reprise de douleurs très intenses qui nécessitèrent un mois d'alitement. Actuellement elle souffre encore.

La laparotomie est supérieure parce qu'elle permet d'enlever les organes malades. Toutefois quand les collections bombent vers une région facilement abordable même au vagin, il est plus simple de les attaquer directement par une simple incision; quand à l'hystérectomie ce n'est qu'une opération d'exception.

Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes.

H. Delagénière. — Au congrès de Bruxelles, j'arrivais, après avoir résumé l'observation de 28 laparotomies pour suppurations pelviennes, aux conclusions suivantes :

1° La laparotomie est moins grave que l'hystérectomie.

2° Les résultats définitifs paraissent devoir être aussi bons dans la laparotomie que dans l'hystérectomie.

3° L'inconvénient de la cicatrice abdominale est moins important que les dangers d'ouvrir la vessie que fait courir l'hystérectomie.

J'apporte aujourd'hui 8 nouveaux cas qui entraîneront, je pense, la conviction mieux que tout raisonnement induit ou déduit.

Il s'agit bien entendu de suppurations pelviennes graves car le parallèle entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie ne peut être soutenu que dans ces conditions. Dans les cas simples de pyo-

salpingite, la laparotomie a fait ses preuves; ses résultats sont constants, excellents et une intervention indirecte comme l'hystérectomie ne saurait être comparée à une opération directe et complète comme la laparotomie dans l'extirpation des annexes malades.

Pour les cas compliqués la laparotomie devient plus grave et par suite l'hystérectomie parait plus soutenable. Nous avons traité 4 de nos malades par la laparotomie et 4 par l'hystérectomie.

I. — *Laparotomies.*

Obs. XIX. — Suppuration pelvienne d'origine blennorrhagique. Laparotomie, extirpation des pyosalpingites et évacuation des foyers, pelvi-péritonite. nettoyage et désinfection avec sublimé, fermeture sans drainage, guérison,

Femme de 22 ans opérée le 22 octobre 1892.

Le 26 mars 1893 cette malade complètement bien et n'a jamais rien eu du côté de sa cicatrice.

Obs. XX. — Suppurations pelviennes; poches très volumineuses remontant au-dessus du pubis jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic; pus dans les selles à plusieurs reprises. Laparotomie, évacuation puis extirpation des poches purulentes et des annexes. Drainage, guérison.

Femme de 44 ans, épuisée, opérée le 19 janvier 1893.

Le 26 mars 1893, en parfaite santé mais avec une fistule insignifiante entretenue par un fil, en voie d'élimination.

Obs. XXX. — Suppurations pelviennes d'origine blennorrhagique. Laparotomie extirpation des ovaires et des trompes qui sont volumineuses et distendues par du pus, ouverture de plusieurs foyers purulents; drainage, guérison sans fistule.

Femme de 37 ans opérée le 25 janvier 1893.

Cette malade est à l'heure actuelle très améliorée et sa guérison peut être considérée comme assurée.

Obs XXII. — Suppuration, pelviennes avec poche très volumineuse remontant dans la fosse iliaque droite. Femme de 31 ans, affaiblie, cachectique, ayant souvent évacué du pus par le rectum. Le 1er février laparotomie, évacuation d'une poche qui contient 600 gr. de pus fétide, extirpation de cette poche et des annexes, suture de l'utérus dans lequel s'ouvrait une collection purulente drainage. Choc opératoire, mais amélioration rapide malgré la formation d'une fistule stercorale qui dure un mois.

Aujourd'hui cette malade est complètement guérie sans fistule.

Cette malade présentait un cas en tout semblable à celui de l'observation IV des hystérectomisées. Le choc opératoire qu'elle présenta fut la raison pour laquelle j'eus recours à l'hystérectomie vaginale pour mon autre malade.

II. — *Hystérectomies.*

Obs. I. — Suppuration pelvienne, poche volumineuse à droite, abcès plu-

sieurs fois ouverts dans le rectum. Hystérectomie vaginale totale, ouverture des foyers de suppuration. Guérison opératoire.

Femme de 32 ans, opérée le 4 avril 1891.

Les suites opératoires sont excellentes; amélioration rapide de l'état général; suppression momentanée des douleurs, mais l'écoulement vaginal persiste. Au mois de juin 1891, l'état général s'altère, la malade s'affaiblit, suppure toujours. En juillet, premiers symptômes de tuberculose pulmonaire. Mort le 24 septembre 1891, 5 mois et demi après l'opération, *perdant toujours du pus par le vagin*, et devenue manifestement tuberculeuse.

Obs. II. — Suppurations pelviennes anciennes avec fistule rectale et fistule vésicale; plusieurs foyers péri-utérins. Hystérectomie vaginale totale. Ouverture de nombreux foyers contenant du pus infect.

Guérison rapide de la fistule vésicale, mais suppuration constante par le vagin ; à deux reprises formation d'abcès qui s'ouvrent dans le rectum. La malade très améliorée d'abord se cachectise et s'éteint dans le marasme le 15 novembre 1892.

Femme de 19 ans opérée le 22 septembre 1892.

Obs. III. — Suppurations pelviennes anciennes et épithélioma du col de l'utérus. Hystérectomie vaginale totale, ablation des deux trompes et des deux ovaires. Mort le 3e jour d'hémorrhagie à la suite du déclanchement d'une pince.

Malade de 60 ans opérée le 14 novembre 1892.

Obs. IV. — Suppuration pelvienne avec poche très volumineuse remontant dans la fosse iliaque droite. Femme de 44 ans, affaiblie par une longue suppuration, ayant, à plusieurs reprises évacué du pus par l'anus. Le 14 février, hystérectomie vaginale totale. Ouverture de nombreux foyers purulents, *mais la poche volumineuse n'est pas ouverte* ; il est impossible de l'abaisser et de l'atteindre avec le doigt. Chute de la température, amélioration considérable mais passagère ; la température monte au bout de quelques jours. Le 20 février 1893, la poche abdominale est ouverte par une incision inguinale. La température tombe comme après la première intervention ; mais bientôt on observe de nouveau un peu d'élévation vespérale de la température ; la malade s'affaiblit et s'éteint dans le marasme le 7 mars 1893.

En résumé, notre mortalité après la laparotomie est de 1 sur 22 cas, soit 4,5 0/0. Si nous opposons à cette mortalité celle de l'hystérectomie non d'après nos cas personnels trop peu nombreux, mais d'après les statistiques de M. Segond lui-même, nous trouvons 11 morts sur 102 cas, soit 10,7 0/0. Ajoutons que cet auteur englobe dans sa statistique les cas d'hystérectomie pour lésion non suppurative des annexes ce qui l'améliore probablement, son premier travail de 23 cas, contenant 7 hystérectomies pour

lésions non suppurées guéries, et 16 pour lésions suppurées avec 4 morts, soit 25 0/0 de mortalité.

Ces considérations statistiques démontrent avec toute évidence la supériorité de la laparotomie en tant que résultat opératoire.

Comparons maintenant les *résultats définitifs :*

Nos 4 hystérectomisées sont mortes; 2 qui ont quitté la maison de santé très améliorées auraient pu être cotées guéries si on ne les avait pas suivies; l'amélioration n'a été que passagère, et l'une reprise d'accidents mourait après 5 mois 1/2, l'autre 2 mois après l'opération.

Y a-t-il dans cette réapparition d'accidents à longue échéance, le résultat d'une inexpérience personnelle? Nous ne le croyons pas, nos opérations ont été faciles chez ces deux malades. C'est donc l'opération qui est inférieure. Cette opinion a été confirmée par l'arrivée au Mans d'une opérée de M. Segond. Là l'habileté de l'opérateur ne pouvait être suspectée. Or, 9 mois après l'opération cette malade a recommencé à souffrir au point qu'elle réclame instamment une laparotomie. Elle porte au niveau de la région ovarienne une tuméfaction douloureuse.

Les résultats éloignés de la laparotomie sont, au contraire, bien supérieurs. Nous avons retrouvé 16 de nos malades. L'une est morte de tuberculose pulmonaire 7 mois après l'opération : les 15 autres sont en vie actuellement, 13 sont complètement guéries, 1 a encore quelques douleurs qui vont diminuant, 1 reste neurasthénique, 2 ont une éventration. Le fait sur lequel nous désirons attirer l'attention c'est qu'après la laparotomie l'amélioration continue progressive et que telle malade, qui éprouve dans les premiers temps des douleurs, les voit disparaître. C'est peut-être pour avoir méconnu ce fait que certains partisans de l'hystérectomie se sont peut-être trop hâtés de pratiquer l'extirpation de l'utérus à des femmes laparotomisées.

Nous pouvons donc conclure que, dans les cas de suppuration pelvienne, la laparotomie est la voie la plus sûre et que ses résultats définitifs sont incomparablement supérieurs à ceux de l'hystérectomie.

La laparotomie et l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes.

POZZI (Paris). — L'école de Paris se divise en deux camps.

Les uns font une part restreinte à l'hystérectomie vaginale dans le traitement des affections inflammatoires des annexes, les autres, à la suite de Péan, font toujours l'hystérectomie dans le cas où la lésion est *supposée* bilatérale. J'appartiens aux premiers. Actuellement je suis arrivé à faire une part à l'hystérectomie que j'avais au début combattue sans réserve, afin de m'opposer à un engouement que je croyais excessif et dangereux.

Les résultats que j'ai obtenus montrent à la fois l'excellence de la laparotomie comme traitement des lésions des annexes, et le succès de ma technique. Voici les chiffres portant sur la totalité des laparotomies pour lésions des annexes qui ont été faites dans mon service de Lourcine-Pascal au cours des deux dernières années, de février 1891 à février 1893 (en y comprenant 30 opérations pratiquées pendant les vacances par M. Picqué). Il a été fait 162 laparotomies pour lésions inflammatoires bilatérales des annexes, savoir : 99 pour lésions non suppurées avec 99 guérisons, et 63 pour lésions suppurées, avec 58 guérisons et 5 morts. Si nous réunissons tous ces cas — qui auraient dû être, pour nos contradicteurs, traités par l'hystérectomie vaginale, — nous trouvons 162 laparotomies avec 157 guérisons, soit une mortalité de 3,09 0/0. Et si nous mettons à part, comme on doit toujours le faire, les lésions suppurées, nous trouvons pour ces 63 cas 5 morts, soit 7,93 0/0.

J'ai voulu séparer ces deux dernières années écoulées, depuis l'apparition et la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale pour les lésions des annexes.

Cela me permettra de montrer la part que j'attribue comparativement à cette opération. En effet, voici le nombre des hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées dans ce même laps de temps. En 1891, j'ai fait cette opération 8 fois ; en 1892, seulement 6 fois : au total, 14 hystérectomies, toutes guéries. Ainsi, sur 176 malades opérées pour des lésions inflammatoires des annexes, je n'ai trouvé que 14 fois, c'est-à-dire environ 8 fois 0/0, l'indication de l'hystérectomie.

Je restreins donc considérablement le champ de cette opération. Cependant je la considère aujourd'hui comme une ressource précieuse dans les conditions suivantes, que je vais brièvement résumer :

1° Suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus

autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable;

2° Lésions non suppurées mais très adhérentes et très anciennes formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici l'ancienneté des lésions est une considération capitale, ainsi que les poussées successives de pelvi-péritonite. Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer des adhérences invincibles, et l'on doit aussi se mettre en garde contre les notions fausses qui peuvent résulter de l'examen de la malade pendant une poussée aiguë, où l'œdème des parties profondes fausse tout à fait l'appréciation exacte des lésions;

3° Fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curettage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus. Il ne faut pas croire que ces faits prouvent la supériorité de l'hystérectomie sur la laparotomie, car, inversement, j'ai dû ouvrir le ventre pour extirper des annexes suppurées qui entretenaient une fistule après une hystérectomie;

5° Persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper : c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire. On pourrait croire que l'hystérectomie est ici supérieure à la laparotomie; il n'en est rien. J'ai dû faire parfois des laparotomies secondaires ou complémentaires après les hystérectomies faites d'emblée pour lésions des annexes contre lesquelles elles avaient été impuissantes.

En résumé, la laparotomie reste, pour moi, la règle; je la crois plus efficace et moins grave. L'étude des résultats éloignés tranchera, je crois, le premier point quand nous aurons une expérience un peu plus longue : les hystérectomistes ne jouiront pas indéfiniment du bénéfice de la nouveauté de leur opération. Quant à la gravité immédiate, elle est déjà justiciable de l'examen des chiffres. J'ai donné ma statistique durant les deux dernières années seulement par une sorte de courtoisie scientifique et ne voulant pas dépasser la période où mes contradicteurs pouvaient me suivre. Mais si pourtant je joins à ces chiffres ceux de l'année précédente (février 1890 à février 1891), j'aurai un total qui donnera une plus complète idée de mes résultats opératoires. Durant

cette année, en effet, ma technique a été la même. Or, voici mes résultats, à l'hôpital, en y comprenant 8 opérations de M. le docteur Picqué :

46 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes dont 27 pour lésions non suppurées et 19 pour lésions suppurées. Aucune mort, 46 guérisons.

En réunissant les trois années, j'ai donc comme statistique intégrale, dans ma pratique hospitalière, pour cette période triennale : 208 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes avec 5 morts, soit 2,40 0/0 de mortalité.

Ces opérations se décomposent comme suit :

126 laparotomies pour lésions non suppurées sans une seule mort, 82 laparotomies pour lésions suppurées avec 5 morts, soit une mortalité de 6,09 0/0.

Je ne crois pas que l'hystérectomie vaginale, qui eût cependant pu être légitimement appliquée à tous ces cas par ses partisans, eût donné des résultats comparables.

Un mot maintenant sur ma technique opératoire dans la laparotomie. Elle diffère beaucoup de celle de M. Terrier et de ses élèves. J'attache une importance majeure au tact, accessoire à la vue. Par suite, j'opère à l'aide d'une petite incision de 5 à 6 centimètres permettant l'introduction de quatre doigts ou de la main entière. Je m'oriente sur le fond de l'utérus. Je recherche les annexes ou la tumeur qu'elles forment et le *plan de clivage* qui sépare la tumeur des parties auxquelles elle adhère. Je détache hardiment toutes les adhérences pariétales ; si je sens des adhérences intestinales de quelque résistance, j'attire à l'extérieur l'anse et la tumeur pour les disséquer à l'aide de ciseaux et en faisant l'hémostase au thermocautère, sous mes yeux. Cela m'est arrivé plusieurs fois sans le moindre accident. Je ne me sers que très exceptionnellement de la position déclive. Je fais parfois le lavage du péritoine et le drainage à la gaze iodoformée quand je crains un suintement sanguin et tardif. Si je redoute une véritable hémorrhagie, je fais le tamponnement de Mikulicz, que j'emploie aussi, après lavage, s'il y a eu souillure du péritoine par l'effusion des matières septiques.

Quant à la suture de la plaie abdominale, je suis heureux de voir M. Terrier adopter celle que j'ai décrite et préconisée dès 1887, à la Société de chirurgie, à une époque où tous les chirur-

giens en France se bornaient à la suture en masse au fil d'argent. Qu'il me soit permis de revendiquer cette modeste priorité comme celle de l'abandon total des éponges, que j'ai remplacées dès lors par des compresses de gaze aseptique, aujourd'hui généralement employées. Depuis que je fais ma suture à plans superposés des parois abdominales, je n'ai jamais eu d'éventration et mes cicatrices, courtes et très résistantes, sont presque invisibles. On ne peut donc y voir un réel inconvénient pour la laparotomie.

P. Michaux. — Vous venez d'entendre les défenseurs les plus éminents de la laparotomie pour suppurations pelviennes ; je demande la permission de prendre la défense de l'hystérectomie vaginale dans les mêmes conditions, ayant eu l'occasion de pratiquer 25 fois cette opération avec 2 morts seulement, dont une par néphrite ancienne concomitante.

La comparaison que demandait M. Terrier est faite dans une thèse très documentée et très soignée que va soutenir prochainement M. Lafourcade, ancien interne du service de M. Labbé, que j'ai l'honneur de suppléer.

M. Lafourcade a réuni 375 cas de suppurations pelviennes traitées par l'hystérectomie dans divers grands services chirurgicaux, non compris 150 cas de M. Péan. La mortalité de ces 375 hystérectomies est de 34, soit 9.06 0/0. La laparotomie *dans les mêmes cas*, peut-être dans des cas moins graves, et *pour les mêmes chirurgiens autant que possible*, donne pour 396 cas, 58 morts, soit environ 15 0/0 de mortalité. Je sais que les statistiques ne disent pas toute la vérité, mais celle que je viens de vous citer me semble singulièrement éloquente et démonstrative.

Séance du 8 avril (soir).

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.

Segond (Paris) (1). — Dans une des séances précédentes, M. Terrier et ses élèves, tout en acceptant plus ou moins les indications de l'hystérectomie vaginale, en tant qu'opération tout à fait exceptionnelle dans le traitement des suppurations péri-utérines, concluent en faveur de la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie, dans l'immense majorité des cas.

(1) D'après la *Semaine médicale*.

Les communications de MM. Broca, Boiffin et Delagénière sont très intéressantes, mais j'y répondrai brièvement pour les raisons suivantes : M. Broca rapporte un seul cas d'hystérectomie vaginale, qu'il a pratiquée avec de grandes difficultés chez une femme ayant accouché récemment; le seul résultat de l'opération a été l'ouverture de l'intestin, et la malade est morte trois semaines plus tard; je sais par ma propre expérience combien l'hystérectomie vaginale est difficile en raison de la friabilité de l'utérus, chez les femmes qui ont accouché peu de temps auparavant, attendu que, tout récemment, j'ai opéré dans ces conditions avec des difficultés que je n'avais jamais rencontrées dans aucun autre cas. Quant à MM. Boiffin et Delagénière, ils ont fait, l'un quatre hystérectomies dont il n'a pas eu à se féliciter, et l'autre quatre hystérectomies qui ont toutes été suivies de mort; il me semble qu'avec quatre hystérectomies vaginales à son actif on ne peut guère formuler des conclusions au sujet de cette opération dont l'histoire commence à être assez importante pour que l'on puisse citer à son sujet des statistiques plus imposantes, telles que celle de M. Jacobs (de Bruxelles) qui a fait 117 hystérectomies vaginales pour suppurations péri-utérines, avec une seule mort.

M. Terrier a développé la statistique excellente que lui ont donnée ses laparotomies dans le traitement des suppurations pelviennes, et a opposé ses chiffres à ceux que j'ai publiés relativement aux résultats de l'hystérectomie vaginale : 59 laparotomies pour suppurations péri-utérines lui ont donné 7 morts, soit une mortalité de 11,86 0/0, mais il fait observer que la mortalité a baissé notablement et n'est plus en réalité que de 5,71 0/0 depuis qu'il opère sous le contrôle de la vue, alors que d'autres, comme M. Pozzi, préfèrent ne pas y voir, et cette remarque sur la pratique de M. Pozzi n'est pas sans intérêt quand on songe à l'insistance avec laquelle plusieurs chirurgiens, et M. Pozzi lui-même, ont reproché à l'hystérectomie vaginale d'être une opération aveugle.

Ce dernier chiffre, comparé à celui que j'ai donné à Bruxelles pour ma mortalité dans l'hystérectomie vaginale (11 morts sur 102 cas, dont 55 suppurés seulement), paraît être évidemment en faveur de la laparotomie. Mais ma mortalité a considérablement baissé, elle aussi, depuis que je me suis également efforcé de perfectionner l'opération, notamment en prenant le soin de faire toujours, avant de commencer l'hystérectomie, un curettage soigné

de la cavité utérine. Depuis le Congrès de Bruxelles, en effet, j'ai pratiqué 25 hystérectomies pour lésions inflammatoires péri-utérines. Parmi ces 25 opérations il en est 4 qui ont été faites pour des lésions non suppurées; je ne parlerai donc que des 21 cas de lésions suppurées graves qui m'ont donné seulement une mort, soit une mortalité de 4,28 0/0. Si je voulais m'en tenir à ce chiffre, je pourrais dire que l'hystérectomie vaginale est moins grave que la laparotomie, pour le traitement des suppurations pelviennes, puisque, grâce aux perfectionnements opératoires, j'ai abaissé ma mortalité à 4,28 0/0, alors que celle de M. Terrier, avec les derniers perfectionnements du manuel opératoire de la laparotomie, n'a pu descendre au-dessous de 5,71 0/0. Mais j'estime que ce n'est pas sur des chiffres partiels qu'il faut discuter, et qu'il y a des considérations plus importantes que le pourcentage pour juger les indications opératoires.

J'ai fait actuellement 128 hystérectomies vaginales pour lésions inflammatoires péri-utérines, dont 51 se rapportent à des lésions non suppurées, et sur lesquelles je passe rapidement, me bornant à dire qu'elles ne m'ont donné aucun cas de mort, sauf un qui s'est produit, quinze jours après l'opération, par angine diphtérique ; je puis donc dire que l'hystérectomie vaginale, que je pratique seulement quand l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, donne une mortalité égale à 0, pour les cas de lésions péri-utérines non suppurées. Les 77 autres hystérectomies, faites pour suppurations péri-utérines, comprennent 11 morts, soit 14.28 0/0, ce qui constitue une mortalité très supérieure aux chiffres obtenus dans d'autres statistiques, mais ne saurait être, cependant, considéré comme un argument décisif contre l'hystérectomie.

Ceci dit, et, laissant à l'avenir le soin de trancher définitivement la question de gravité comparative des deux méthodes, j'aborde la question des résultats éloignés de l'hystérectomie. M. Delagénière m'a parlé d'une de mes opérées, qui souffre de nouveau depuis 2 mois, et à laquelle il doit faire une laparotomie; j'en ai fait moi-même une, il y a quinze jours environ, pour enlever un fragment d'ovaire, deux ans après l'hystérectomie, mais ce ne sont là que des faits isolés, qui ne suffisent pas à condamner l'opération, attendu que la laparotomie a, de même, ses écueils et ses inconvénients éloignés, constatés maintes fois par nous tous.

Ceci m'amène à parler des accidents opératoires de l'hystérec-

tomie, sur lesquels on a beaucoup insisté ; je vais donc résumer rapidement ceux qui me concernent.

En ce qui regarde le pincement de l'uretère et l'hémorrhagie, sur 250 hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées soit pour cancer, soit pour fibromes, soit pour inflammations péri-utérines, jamais le premier de ces accidents ne m'est arrivé, et jamais je n'ai perdu une malade d'hémorrhagie : une seule fois, j'ai eu une hémorrhagie grave au cours de l'opération, et cela tout récemment ; à la suite de l'ablation des pinces, quarante-huit heures après l'opération, j'ai eu, en tout, cinq hémorrhagies, qu'on a pu maîtriser facilement.

J'ai ouvert 3 vessies, je les ai refermées, et mes malades ne s'en portent pas plus mal.

J'ai ouvert 9 rectums, dont 3 par ma faute, les 6 autres étant déjà ouverts avant l'opération, et l'orifice de communication n'ayant été qu'agrandi. Sur ces 9 malades, 2 sont mortes, plusieurs mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire, une troisième a encore une petite fistule, mais il s'agit d'un cas tout récent ; quant aux 6 autres, elles ont guéri spontanément, notamment une femme qui pendant quatre mois, a rendu par le vagin la totalité de ses matières fécales, sans consentir à une opération, et chez laquelle la cicatrisation a fini par s'achever spontanément.

En terminant, je désire ajouter quelques mots sur les différents procédés d'hystérectomie vaginale, au sujet desquels on n'est pas toujours d'accord.

Pour les cas de suppurations pelviennes graves, de même que pour les fibromes, il n'y a qu'un procédé, le morcellement, c'est-à-dire l'opération de Péan. On peut ensuite distinguer les quatre sous-procédés suivants, dont les trois derniers ne sont applicables qu'aux cas dans lesquels on peut faire basculer l'utérus : 1° le procédé de Péan type, décrit au Congrès de Berlin ; 2° le procédé Quénu-Müller, dérivé du morcellement, et dans lequel on pratique la division antéro-postérieure de l'utérus ; 3° le procédé Doyen, bien supérieur au précédent, dans lequel la section porte seulement sur la moitié antérieure, et qui est un procédé à hémostase consécutive au basculement du fond de l'utérus ; 4° le procédé que j'emploie et que je rappellerai sommairement : j'enlève d'abord le col, attendu que je fais surtout l'hystérectomie pour des utérus qui ne s'abaissent pas, puis j'attaque sur le mi-

lieu de l'utérus, en faisant de l'évidement conoïde, le fond vient peu à peu, bascule, comme dans le procédé Doyen, et je fais alors l'hémostase ; quant aux annexes, elles viennent en même temps que le fond de l'utérus, ou sinon, je vais les chercher, après avoir enlevé l'utérus, pour procéder ensuite à leur ablation. Sans les publications qui semblent accorder une individualité aux procédés Quénu et Doyen, je n'aurais jamais eu la pensée de considérer ces manœuvres comme méritant de porter mon nom, et cela pour cette excellente raison que, du moment qu'on sectionne l'utérus, avant de l'enlever, le procédé que l'on emploie, quel qu'il soit, n'en dérive pas moins de la méthode de Péan.

Reynier. — J'ai appliqué l'hystérectomie vaginale au traitement des suppurations péri-utérines, et je suis loin de dire que cette opération soit mauvaise; mais je la considère seulement comme une opération de nécessité, à laquelle on ne doit se résoudre que dans les cas où la laparotomie n'est pas indiquée. L'hystérectomie vaginale ne donne pas, en effet, une sécurité absolue comme la laparotomie, et lorsque, ayant pris la voie vaginale, on se trouve dans l'impossibilité d'enlever complètement les ovaires et les trompes, on laisse des fragments d'organes qui peuvent ultérieurement devenir le point de départ de nouveaux accidents.

Je puis citer un cas dans lequel j'ai fait l'hystérectomie vaginale pour une suppuration péri-utérine; je croyais ma malade complètement guérie, lorsque j'ai constaté chez elle l'existence d'un abcès du ligament large, qui va nécessiter une laparotomie. A ce fait je pourrais en joindre un second, absolument identique. Ces cas sont utiles à connaitre, pour montrer que l'hystérectomie vaginale n'est pas absolument satisfaisante, quand on n'a pas pu faire l'ablation complète des annexes.

Hartmann. — Nous avons, mon maître M. Terrier et moi, fait non une critique simple de l'hystérectomie, mais une étude anatomo-pathologique des suppurations péri-utérines que nous avons observées, étude suivie d'un exposé de notre technique opératoire et de ses résultats. Nous avons recherché ce qu'étaient devenues nos malades, nous les avons retrouvées et nous avons pu constater que les résultats éloignés de la laparotomie dans les suppurations étaient, contrairement à ce que quelques-uns ont avancé, excellents. En est-il de même après l'hystérectomie; c'est

ce qui n'est pas établi; le siège des foyers souvent éloigné de l'utérus, siège démontré par l'étude anatomique des faits, permet de poser la question. Nous espérions que les hystérectomistes apporteraient des résultats éloignés permettant la comparaison.

SEGOND. — Absent de Paris lors de la communication faite par M. Terrier, je n'en connaissais que ce qu'en donnait le compte-rendu écourté du Progrès. Mes opérations sont du reste trop récentes pour que je puisse parler de résultats éloignés. J'ai l'intention, dès qu'il se sera écoulé un temps suffisant, de rechercher aussi mes malades et de voir quels sont les résultats définitifs de l'hystérectomie.

III. — QUESTIONS DIVERSES

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

VILLAR (Bordeaux). — X..., 35 ans, cultivateur, constata il y a huit ans, pour la première fois, l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix, au niveau de la fosse iliaque droite : ces tumeurs grossissent progressivement; le malade éprouve de la pesanteur dans le bas-ventre, sur la vessie, et urine avec difficulté. Il y a quatre ans, apparition d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

Le malade entre à l'hôpital Saint-André au mois de juillet 1892, dans le service de M. le professeur Demons; voici les renseignements fournis par l'examen à cette époque; on constate l'existence d'une immense tumeur siégeant au niveau du foie, de quatre autres tumeurs du volume du poing environ, situées dans la région sous-ombilicale et d'une autre tumeur enfin, faisant saillie dans la région sus-pubienne.

État général très mauvais : amaigrissement extrême, teinte cachectique, affaiblissement considérable.

Des ponctions avaient déjà été pratiquées dans ces tumeurs et avaient permis de retirer du liquide très clair et quelques vésicules.

Il s'agissait donc de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

J'interviens le 28 juillet 1891 : laparotomie, extirpation de kystes de volume variable siégeant dans le mésentère et l'épiploon, et d'autres petits kystes du volume d'une noisette, d'une tête d'épingle noire. J'attaque ensuite le kyste sus-pubien qui siège

dans l'espace rétro-vésical : son adhérence à la vessie et à la prostate me décide à le fixer à la paroi abdominale (marsupialisation).

Prolongeant mon incision par en haut, j'incise le kyste hépatique et le fixe également à la paroi abdominale.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri.

L'intérêt de ce cas se tire non de la multiplicité des kystes, quoique le fait ne soit pas très fréquent, mais surtout du siège d'un des kystes dans l'organe rétro-vésical, de son traitement et de sa guérison par la laparotomie et la suture de la poche à la paroi abdominale.

Poncet (Lyon). — Il n'est pas rare que dans les cas de ce genre, sur lesquels mon élève M. Monéger a fait sa thèse, les kystes soient situés dans le tissu sous-péritonéal ; l'intervention est très difficile dans les cas de ce genre et la laparotomie n'est pas toujours bénigne. J'ai observé deux femmes chez lesquelles les tentatives d'extirpation ont été mortelles.

Demons (Bordeaux) a récemment eu un succès en drainant à la paroi, après la laparotomie, une poche hydatique du petit bassin.

Villar. — C'est précisément à cause de ces difficultés et dangers de l'extirpation que j'ai fait le simple drainage par marsupialisation de la poche.

Kyste hydatique du foie avec péritonite.

Reynier (Paris). — Cette observation vient démontrer encore le danger des injections antiseptiques dans les kystes hydatiques. Un homme de cinquante ans présente à la région épigastrique une tumeur assez volumineuse. On diagnostique un kyste hydatique et on fait dans un service de médecine une ponction de la tumeur suivie d'une injection de 100 c. c. de liqueur de Van Swieten. Le soir même, le malade a de la fièvre et des frissons. L'élévation thermique et les douleurs abdominales persistent pendant quelques jours, puis s'amendent et le malade sort trois semaines après l'intervention. Bientôt après il rentre, présentant de nouveau une tuméfaction marquée au niveau de l'épigastre ; une nouvelle ponction amène l'issue d'un liquide purulent contenant des hydatides. Cette deuxième ponction est suivie de fièvre intense, de frissons et de phénomènes péritonéaux ; météorisme.

Absence de selles et de gaz. Hoquets et vomissements bilieux. Le malade est transféré dans le service de chirurgie, où l'on pratique la laparotomie. Le kyste renferme une grande quantité de pus; mais il existe en outre une péritonite purulente enkystée. Résection de la poche; toilette du péritoine au moyen d'éponges. Drainage. Suites opératoires simples. Vomissements au neuvième jour. Actuellement la guérison est presque complète et il ne persiste qu'un court trajet fistuleux. M. Reynier admet que la contamination du péritoine s'est faite par l'orifice béant de la coque résistante du kyste à la suite de la deuxième ponction.

Trois cas de lipomes du mésentère.

Roux (Lausanne). — J'ai observé trois cas de lipomes du mésentère ; une de mes malades avait dans le ventre une tumeur qui avait été diagnostiquée fibrome; la palpation était, d'ailleurs, rendue difficile par le volume énorme du ventre. Je fis la laparotomie et trouvai à côté du fibrome diagnostiqué un lipome sous-péritonéal dans la fosse iliaque droite.

Chez une seconde malade, je trouvai au palper une tumeur dans la région de l'S iliaque, à l'opération, je reconnus un lipome du mésocôlon.

Enfin, le troisième cas concerne un individu de quarante et un ans, qui avait des crises périodiques d'occlusion intestinale et chez lequel on sentait au niveau du mésentère une tumeur du volume d'une grosse orange. Je trouvai aussi un lipome du mésentère : les connexions avec l'intestin étaient si complexes que je fus obligé de réséquer 1 m. 24 cent. du canal intestinal. Le malade a guéri.

Tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique.

Ricard (Paris) décrit l'ablation d'une tumeur abdominale très volumineuse qu'il croyait être un corps fibreux de l'utérus, ce dernier étant remonté et la tumeur étant perceptible dans le cul-de-sac postérieur. La décortication de cette tumeur adhérente aux parois abdominales étant difficile, il dut l'attaquer par évidement central. Cette tumeur contenait, enclavée, la vésicule biliaire remplie de calculs et qu'il dut réséquer. Elle n'offrait aucune connexion avec les organes génitaux, ni avec la rate. M. Cornil, qui l'examina histologiquement, en fit un fibrome de l'épiploon. M. Ricard pense donc avoir eu affaire à une tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique ayant inclus dans son déve-

loppement la vésicule biliaire. L'ablation de ce fibrome a duré 1 heure 20 min.; la malade était guérie 20 jours après l'opération.

Auto-inoculation cancéreuse. Péritonite tuberculeuse.

COURTIN (Bordeaux). — Observation d'une malade de cinquante-deux ans atteinte de cancer du mésentère, ayant déterminé une ascite abondante, pour laquelle des ponctions furent faites à l'abdomen. Après la première ponction on put constater que les parois étaient souples et n'étaient pas doublées de plaques indurées. Huit jours après cette première ponction, se développait sur le trajet même de la plaie du trocart et sur les parties superficielles une plaque indurée; pareil fait fut observé au niveau d'une autre plaie de ponction. Des tumeurs dures, bosselées, squirrheuses se formèrent aux dépens de ces îlots; la peau s'ulcéra et une suppuration, sanieuse et putride, se produisit jusqu'au moment de la mort.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Guérison. — Femme, quarante-sept ans, se présente avec un ventre très gros, donnant la sensation nette d'ascite; par une ponction on retire 15 litres d'un liquide sanguinolent. Le liquide s'étant reproduit un mois et demi après, laparotomie : le péritoine viscéral et pariétal est aminci, le rebord du foie, la rate, sont recouverts de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule; attouchement avec des éponges imprégnées d'acide phénique fort. Ablation de l'ovaire gauche polykystique. Guérison.

PICQUÉ. — J'ai opéré dans les mêmes conditions et avec un égal succès, une malade atteinte de péritonite tuberculeuse. Chez elle, il y avait des antécédents caractérisés par des lésions pulmonaires manifestes. La laparotomie fut faite au mois d'août dernier; l'ascite fut évacuée, et le péritoine nettoyé à l'éponge. Au bout de quinze jours, la malade quittait l'hôpital. Depuis, le liquide ne s'est pas reproduit, et l'état général est redevenu meilleur.

Hématocèle rétro-utérine.

VASLIN (Angers) a observé une femme chez qui une hématocèle rétro-utérine, après 15 ans de silence, s'est transformée en une pyosalpingite ayant nécessité la laparotomie. Il en conclut à l'indication de traiter d'emblée l'hématocèle par la laparotomie et le nettoyage du foyer.

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez l'enfant.

TÉMOIN (Bourges). — J'ai observé une tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez une enfant de quatorze ans. A l'âge de deux ans, sa mère lui trouva dans le côté gauche de l'abdomen une petite tumeur de la grosseur d'une noix, tumeur dure, mobile, non douloureuse, qui, en un an, prit le volume du poing. En mars 1890, je trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant s'étendant des fausses côtes à l'arcade crurale et surplombant le tiers supérieur de la cuisse, tumeur dure, mate sur toute son étendue, légèrement irrégulière, mobile, non adhérente à la peau, immobilisée par la contraction des muscles de l'abdomen. L'enfant est très faible, marche péniblement et en se balançant comme une fille atteinte de luxation congénitale de la hanche.

L'opération a lieu le 9 mai 1890; incision de 12 centimètres au moins partant de la dixième côte et aboutissant à l'arcade crurale. La tumeur est nettement sous-musculaire, se laisse détacher facilement des couches superficielles et repose profondément sur le péritoine. Je la décolle peu à peu de cette séreuse, mais, malgré toutes les précautions, il m'est impossible de ne pas la sectionner sur une étendue d'une pièce de deux francs environ, où son adhérence avec la tumeur est très forte. Le poids du fibrome était de 1,400 grammes. Le péritoine est suturé à la soie, la plaie extérieure fermée par deux plans de suture et l'enfant guérit. Je l'ai revue ces jours derniers (deux ans et demi après l'opération): elle va très bien. La mère me dit que pendant près d'un an sa marche a continué à être défectueuse, mais depuis cette époque elle est devenue normale.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Pilliet, et a montré qu'il s'agit bien d'une tumeur fibro-graisseuse.

Des tumeurs de la paroi abdominale antérieure autres que les fibromes; un cas de tératome.

GROSS (Nancy). — Les tumeurs de la paroi abdominale antérieure sont une affection rare. On les réunit d'habitude dans une description commune se rapportant plus particulièrement aux fibromes, que l'on observe le plus fréquemment. Bon nombre de ces derniers ne sont pas des fibromes types, mais se caractérisent par une proportion considérable d'éléments fusiformes; ce sont des fibromes en voie d'évolution et d'accroissement rapide rappe-

lant, par leur texture, les tumeurs fibro-plastiques et pouvant récidiver. On connaît une trentaine d'observations de sarcomes fasciculés ou fibro-sarcomes et quelques exemples de sarcomes à cellules rondes, dont j'ai rencontré un cas dans lequel la paroi abdominale antérieure tout entière a été envahie par le néoplasme. A côté, il est des tumeurs caractérisées par le mélange et la combinaison des néoplasies précédentes avec des éléments dont on ne retrouve pas les analogues dans la paroi abdominale, en particulier les fibro-myômes : Sänger les considère comme des provenances du ligament rond et Grätzer comme le résultat d'une prolifération des résidus embryonnaires du tube intestinal primitif. Les fibres musculaires lisses dérivant directement du mésoderme, il est inutile de rechercher aussi loin l'explication de la présence d'éléments musculaires lisses dans certains fibromes de la paroi abdominale.

Je rappellerai une observation de cystosarcome dans lequel les cavités kystiques ont paru tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques analogue à celui de certains kystes ovariques et une tumeur qui, analysée par Stilling, a présenté l'aspect d'un sarcome avec dégénérescence carcinomateuse. L'une et l'autre de ces néoplasies doivent être considérées comme des tumeurs à tissus multiples.

Récemment, j'ai extirpé une tumeur de la paroi abdominale qui, au premier examen, semblait être un fibrome en voie d'accroissement et dont une étude ultérieure a démontré la nature tératoïde. Cette tumeur se compose de tissu musculaire lisse et de tissu musculaire strié; elle renferme des kystes à structure complexe. On y trouve la plupart des épithéliums cylindriques, à plateau cilié, cubique et même pavimenteux et stratifié. M. Baraban, qui a examiné la pièce, a conclu à l'existence, dans la néoplasie, d'un tube digestif imparfait et incomplet, entouré de muscles lisses et de muscles striés. Pour expliquer l'origine de cette tumeur, je m'arrêterai à l'hypothèse d'une formation tératologique par inclusion abdominale; il y a lieu, à l'avenir, d'étudier plus complètement ces fibromes de la paroi abdominale; quelques-unes de ces tumeurs ont manifestement une origine congénitale.

De l'hystéropexie vaginale double.

JACOBS (Bruxelles). — La malade étant chloroformée et placée dans la position vulvaire, on pratiquera suivant les cas les opéra-

tions utérines nécessitées par les altérations de l'organe : curettage, amputation du col. Après avoir cathétérisé la vessie, on saisira, au moyen de pinces de Museux, les lèvres du col que l'on abaissera assez fortement en l'attirant vers la paroi postérieure du vagin, afin de découvrir aussi largement que possible le cul-de-sac vaginal antérieur ; on placera encore à cet effet les écarteurs latéraux.

Au moyen du scalpel, on dessinera ensuite sur la muqueuse du cul-de-sac antérieur une incision à concavité supérieure, dont les dimensions embrasseront exactement la largeur et l'étendue de la portion vaginale du col, c'est-à-dire que ses extrémités partiront du point d'insertion de la muqueuse, vaginale (fig. I). Saisissant alors dans une pince à dissection la lèvre supérieure de l'incision, en son milieu, on l'approfondira en dirigeant la dissection obliquement vers le col, de façon à former un lambeau que l'on relèvera au fur et à mesure. Ce lambeau est destiné à mettre à nu une partie du col utérin et une partie de la face antérieure de l'utérus. Si l'incision première ne permettait pas d'atteindre au niveau de l'orifice interne, on l'agrandirait autant qu'il serait

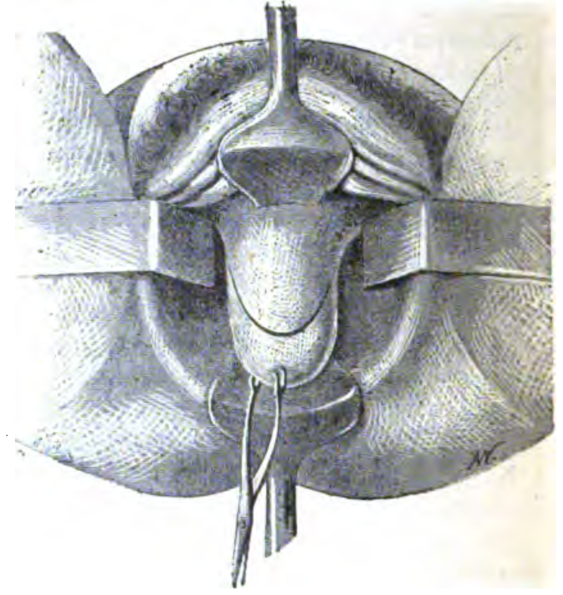


FIG. I

nécessaire. La dissection du lambeau doit, au début, se faire au scalpel, mais dès que l'on atteint le col, il est préférable de la continuer avec le doigt. Je crois que ce point a une certaine importance, car le tissu cellulaire lâche qui sépare le col de la vessie se laisse facilement refouler, et l'on risquerait peut-être souvent de léser la vessie si l'on ne se se guidait au moyen du doigt (fig. II).

Dans le cas où la vessie descend très bas, il est aisé de l

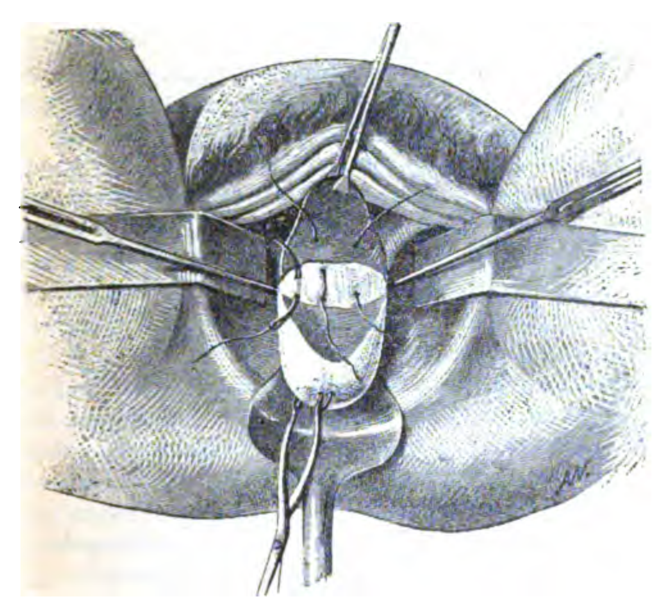


FIG. II

refouler. Le lambeau étant relevé, on se trouve vis-à-vis d'une surface cruentée, au fond de laquelle on aperçoit la paroi antérieure de l'utérus et la plus grande partie de la face antérieure du col. On dénudera avec le doigt la paroi utérine antérieure en refoulant le péritoine aussi haut que possible, mais en le laissant intact, c'est-à-dire que l'on aura soin de ne pas ouvrir la cavité abdominale.

Avec l'hystéromètre, on fait alors la reposition de l'utérus. Puis on saisit la paroi antérieure au moyen de deux crochets aigus que l'on enfonce latéralement dans l'épaisseur de la paroi antérieure. Ces crochets sont maintenus par les aides.

On place ensuite deux ou trois sutures au fil de soie parfaitement stérilisée, au moyen d'une aiguille courbe que l'on introduit dans l'épaisseur de la paroi antérieure qui vient faire hernie au fond de la plaie, et cela dans une étendue de 1 à 2 centimètres (l'aiguille est passée de bas en haut, le bout du fil maintenu libre). La même aiguille est ensuite introduite dans la partie la plus épaisse du lambeau vaginal, suivant une étendue de 1 centimètre. On aura soin ici de contrôler le refoulement complet de la vessie.

On noue les sutures en même temps que l'on retire les crochets qui soutenaient l'utérus.

Il ne reste plus alors qu'à refermer la plaie vaginale, ce que l'on fait au moyen d'un étage de sutures profondes, et enfin d'une série de sutures superficielles.

Si l'on terminait ici l'opération, en pratiquant le toucher bimanuel, on percevrait le corps utérin en antéflexion par rapport au col, le fond de l'utérus dirigé vers le pubis, le col dirigé en avant et en bas. C'est pour obvier à ce défaut dans l'axe général de l'utérus qui, normalement, doit être dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, que Sänger pratique la fixation de la lèvre postérieure du col au cul-de sac postérieur.

A cet effet, on introduit un doigt de la main gauche dans le rectum, afin de ne pas léser cet organe, puis on guide une aiguille courbe armée de fil de soie à travers l'épaisseur de la lèvre postérieure, dans le tissu cellulaire qui se trouve entre le col et le rectum, derrière la muqueuse du cul-de-sac postérieur, et enfin dans le cul-de-sac postérieur. Deux fils sont ainsi placés latéralement sur la lèvre postérieure. Lorsqu'on les noue, on voit le

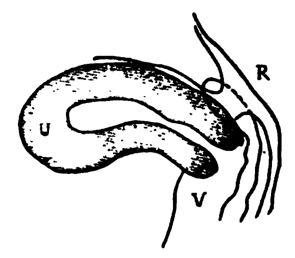


FIG. III

col être entraîné fortement en arrière et l'axe génital prendre la position normale citée plus haut (fig. III).

Un pansement vaginal est ensuite placé. On sondera la malade

toutes les trois heures pendant vingt-quatre heures, puis la miction sera laissée volontaire. Les sutures superficielles de la plaie antérieure seront enlevées du dixième au douzième jour. Les sutures de la lèvre postérieure seront laissées à demeure pendant quinze jours à trois semaines. Je permets le lever le douzième jour.

J'ai remarqué que l'opération est facile, et qu'avec un peu d'habitude des opérations vaginales, on évitera aisément de léser l'organe vésical. Les suites en sont très simples, les douleurs pour ainsi dire nulles et les résultats immédiats remarquables. Dans tous ces cas, après l'enlèvement des sutures, l'utérus était en situation normale. Je ne parle que des résultats immédiats, mes interventions étant trop récentes pour juger des résultats éloignés.

Quoi qu'il en soit, en tant qu'opération, je considère l'hystéropexie vaginale double comme supérieure à l'hystéropexie abdominale, non pas seulement à cause de sa plus grande facilité d'exécution, mais surtout parce que l'on évite ainsi la laparotomie et ses suites ; enfin, la situation imposée à l'utérus se rapproche beaucoup plus de la situation normale que par l'opération abdominale, et dans les cas que j'ai opérés jusqu'à présent, je n'ai pas remarqué cette gêne dans la réplétion de la vessie que j'ai observée si souvent après l'hystéropexie abdominale.

Les indications de l'hystéropexie vaginale sont : les rétro-déviations douloureuses, mobiles ou peu adhérentes; on peut efficacement compléter cette opération par les plastiques vaginaux dirigés contre le prolapsus génital. Si les rétro-déviations sont adhérentes, plutôt que de faire la laparotomie, je me propose de commencer par l'ouverture du Douglas, la rupture des adhérences et la fermeture immédiate du cul-de-sac postérieur, puis l'opération décrite. J'estime que par ce procédé l'opération peut s'appliquer à tous les cas de déviation dans lesquels nous devons intervenir.

Parlerai-je de l'avantage que l'on a concédé à l'hystéropexie abdominale dans les cas d'inflammation annexielle concomitante? C'est là affaire de théorie pure, car si l'on pose le diagnostic d'ovarite et de salpingite bilatérale, ce n'est pas à la laparotomie que nous devons avoir recours, mais à l'hystérectomie vaginale. Si enfin l'inflammation annexielle est unilatérale, on pourra par l'ouverture du Douglas procéder à l'ablation des organes malades, tout aussi bien, si pas plus aisément, que par la laparotomie.

Pozzi. — Nous savons fort bien que dans tous les cas de rétroversion adhérente il y a soit métrite, soit annexite, et l'hystéropexie ne suffit pas. Elle n'est qu'une opération complémentaire, après traitement convenable des lésions utérines ou annexiales, et son but est surtout d'empêcher l'utérus de retomber au point où il adhérait auparavant. Quant à l'hystéropexie vaginale, je crois que c'est une mauvaise opération : avec Trélat, je n'admets pas que le vagin puisse fournir un point d'appui suffisant; en outre, on n'agit pas sur les annexes.

Chalot insiste sur la distinction suivant qu'il y a ou non un prolapsus concomitant. Il repousse en principe les opérations vaginales et avec M. Pozzi affirme l'utilité du traitement des lésions des annexes. Mais il croit qu'on néglige beaucoup trop l'opération d'Alexander, pour laquelle il a indiqué un procédé spécial.

Traitement des déchirures complètes du périnée.

Pozzi (Paris). — (Sera publié in extenso.)

Grosse tumeur de l'ovaire ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie.

Berlin (Nice) a enlevé récemment par la laparotomie une grosse tumeur abdominale qui s'était développée dans l'espace de quatre mois seulement et avait rempli toute la cavité abdominale. Son contenu était une énorme quantité de tissu lardacé, dur, infiltré, par places, d'une matière gélatineuse épaisse. Le travail d'évidement qu'il a fallu pratiquer avant de pouvoir amener la tumeur hors du ventre a été des plus laborieux. L'examen micrographique n'a pas encore été fait; il s'agit vraisemblablement d'un sarcome kystique.

La tumeur était développée dans l'ovaire; mais, sans que rien puisse expliquer ce fait bizarre, elle s'était dirigée successivement en arrière, puis à droite, entraînant dans cette évolution le bord gauche de l'utérus et faisant exécuter à ce dernier organe une rotation très nette de 180° autour de son axe vertical, et, pendant la plus grande partie de l'opération, personne ne pouvait se douter qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur des annexes droites. La véritable disposition n'a été reconnue que quand il s'est agi d'attaquer le ligament large situé à gauche; c'était le ligament large du côté droit, tordu, qui se trouvait transporté à gauche. La ves-

sie avait subi une torsion parallèle. Enfin, la partie inférieure de la tumeur était fusionnée si intimement avec le bord gauche de l'utérus et le cul-de-sac vaginal que M. Berlin a dû se résoudre à pédiculiser en bloc la tumeur et l'utérus, par une ligature élastique; le pédicule a été fixé hors du ventre par des broches; le traitement intra-péritonéal n'aurait pas été prudent, à cause de la nature suspecte de la tumeur et des risques d'inoculation au péritoine. Les suites de l'opération ont été complètement simples jusqu'ici. L'opération date de trois semaines.

Du prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire.

A. Boursier (Bordeaux). — Je me propose d'étudier les prolapsus de l'utérus et du vagin causés parfois par des kystes de l'ovaire, à propos d'un cas personnel que voici :

Une femme de quarante-quatre ans, sans enfants, vient me consulter en janvier 1893, pour une tumeur abdominale. La maladie semble avoir débuté en 1888 par des douleurs des reins et du ventre et de la dyspepsie. En janvier 1891, l'abdomen commence à grossir; un médecin constate un début de prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Malgré l'application d'un pessaire, en avril, un second examen démontre l'accroissement du prolapsus génital et de plus un peu d'abaissement utérin avec rétroversion : on découvre en outre l'existence d'une tumeur abdominale. A partir de juin 1892, le prolapsus augmente rapidement en même temps que le volume de l'abdomen s'accroît. En janvier 1893, je constate la présence d'une tumeur abdominale avec un épanchement ascitique abondant. Une ponction évacue environ dix litres de liquide jaune gélatineux, ayant tous les caractères physiques et chimiques d'un liquide ovarien, et permet aussi de constater une tumeur arrondie, fluctuante, indépendante de l'utérus. L'ovariotomie fut pratiquée le 11 mars 1893. A la suite, le prolapsus s'est spontanément réduit et ne s'est pas reproduit depuis.

Les observations de ce genre sont fort rares : je n'ai pu en rassembler que neuf autres.

De leur étude il résulte que le prolapsus paraît toujours dû à des causes mécaniques. Il provient d'une exagération considérable de la pression intra-abdominale démontrée par le volume du ventre, et de l'impossibilité de réduction et de maintien du prolapsus. Cet excès de pression est causé par le volume des kystes,

tantôt uniques, tantôt multiples, et aussi par l'ascite, de nature variable, mais souvent abondante.

Ce prolapsus présente plusieurs variétés : chute du vagin, chute de l'utérus complète ou incomplète, tantôt isolé, tantôt accompagné de cystocèle, de rectocèle ou des deux à la fois.

Il faut insister sur le traitement spécial de cette complication. Le plus souvent, en effet, l'ovariotomie semble suffire pour amener la réduction spontanée et définitive du prolapsus sans aucun traitement direct de cet accident.

Grossesse extra-utérine.

TOURNAY (Bruxelles) publie l'histoire d'une secondipare qui, n'ayant pas été enceinte depuis 15 ans, présenta les signes rationnels de la grossesse. Au toucher, tumeur manifeste des annexes droites. Bientôt éclatèrent des accidents de péritonite modérée, et sous le chloroforme M. Tournay redressa l'utérus assez dévié. Peu de jours après, hémorrhagie, signes d'avortement avec élimination d'une caduque, douleurs. Mais bientôt par le repos tout cessa. Les seins sécrétèrent du lait, le ventre resta volumineux et il persista une tumeur dans les annexes droites. De tout cela, M. Tournay conclut à une grossesse extra-utérine et finalement une laparotomie fut décidée, mais retardée pour des motifs divers jusqu'au jour où une poussée manifestement suppurée vint compliquer les choses et forcer à une intervention d'urgence. Si la voie vaginale semblait préférable à cause de la suppuration enclavant l'utérus, la laparotomie fut choisie comme plus favorable à l'extirpation de la grossesse extra-utérine. Or, l'énucléation de cette poche fut impossible, et séance tenante M. Tournay fit l'hystérectomie vaginale par morcellement. Sutures en étages de l'incision abdominale ; tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, autour des pinces à demeure. L'opération avait duré 2 heures et demie. Peu à peu les injections ramenèrent les débris du placenta, puis l'embryon. Aujourd'hui, 28e jour, la malade est à peu près guérie.

Kystes racémeux de l'ovaire.

CHALOT (Toulouse) étudie les kystes racémeux ou en grappe de l'ovaire ; ces kystes, représentés par un nombre incalculable de vésicules transparentes, font ressembler l'ovaire à une grappe de raisin. Ces kystes ont été d'abord signalés par Kœberlé. L'in

dication de Kœberlé est d'ailleurs passée inaperçue en France. Ces faits sont différents de la dégénérescence polykystique décrite par Pozzi en collaboration avec de Lostalot-Bachoué et Baudron. En Allemagne, au contraire, ces kystes sont bien connus; ils ont été en particulier bien décrits par Olshausen. Ces kystes sont susceptibles d'acquérir un gros volume : 20 kgr. (Kœberlé); 5 kgr. (Chalot). On peut les comparer, peut-être, à certaines dégénérescences kystiques du col utérin en ectropion. Le diagnostic n'est guère possible avant la laparotomie. Le traitement est l'ovariotomie, et le pronostic est bénin.

Picqué. — Il n'y a là qu'une variété morphologique des kystes ordinaires de l'ovaire.

Pozzi. — Insiste sur cette manière de voir et ne croit pas que cette différence d'aspect extérieur doive faire modifier la taxinomie.

Ovariotomie double sans chloroforme.

Largeau (Niort). — Chez une malade atteinte de lésion cardiaque, j'ai pratiqué une double ovariotomie sans chloroforme, me bornant à faire sur la ligne d'incision de l'anesthésie locale avec des pulvérisations de chlorure d'éthyle.

J'avais déjà eu l'occasion d'opérer de la sorte un kyste ovarique adhérent, et chez une troisième malade de faire une hystérectomie abdominale.

Ces faits montrent que l'on peut pratiquer ces opérations sans chloroforme, dans les cas de lésions cardiaques ou rénales.

Plan incliné et laparotomies.

H. Delagénière (Le Mans). — Depuis le 18 novembre 1890, époque à laquelle j'ai adopté le plan incliné à 45°, j'ai fait 102 opérations abdominales en inclinant ainsi les malades. Ces opérations me permettent de tirer les conclusions suivantes: A un point de vue général, l'ouverture de la paroi pourra toujours être plus petite que si on opérait dans le décubitus: les anses intestinales ne gêneront pas l'opérateur et se retireront d'elles-mêmes, après avoir été détachées de leurs adhérences, dans la cavité abdominale; l'intervention se fera à ciel ouvert, enfin le nettoyage de la cavité de Douglas et la fermeture de la paroi se feront avec beaucoup plus de sécurité. A un point de vue plus spécial, les laparotomies exploratrices sont facilitées lorsque l'exploration doit porter sur les organes pelviens. Les laparotomies pour péritonites tuberculeuses permettent d'agir plus facilement lorsqu'il y a une inter-

vention consécutive. Les salpingo-oophorectomies simples se font pour ainsi dire hors du ventre, l'utérus et les annexes se présentant d'eux-mêmes entre les lèvres de l'incision. La fixation de l'utérus à la paroi est aussi simplifiée. Dans l'opération d'Hégar, la recherche des annexes est plus facile. Les interventions pour les tumeurs volumineuses de l'ovaire et de l'utérus tirent aussi un grand bénéfice de la méthode, mais c'est surtout dans les cas de suppurations pelviennes et d'hystérectomies abdominales totales que le plan incliné est indiqué; dans le premier cas, il permet l'isolement facile des anses intestinales qui sont refoulées vers le diaphragme où on les protège facilement; dans le second cas, il permet d'enlever le col de l'utérus, de sectionner facilement et sûrement le vagin, d'assurer parfaitement l'hémostase; enfin de fermer complètement le péritoine pelvien. Dans la taille hypogastrique, il permet de ne pas avoir recours au ballon rectal, ni aux appareils d'éclairage électrique. On voit et on explore facilement le bas-fond de la vessie et le col vésical.

Un procédé d'ablation partielle du rectum par les voies naturelles.

HARTMANN (Paris). — Voici une opération à laquelle j'ai eu recours avec succès, et que je conseille pour l'ablation des sténoses annulaires du rectum, soit fibreuses, soit néoplasiques, mais mobiles :

Dilatation de l'anus; abaissement du rétrécissement saisi avec de petites pinces de Museux; incision circulaire du rectum autour du rétrécissement abaissé et invaginé dans le canal anal; libération du rectum dans toute la hauteur correspondant à la partie à réséquer; puis, lorsqu'on a dépassé, dans le décollement, les parties malades, section du rectum au-dessus. C'est à ce moment seulement que se produit un peu d'écoulement sanguin, l'abaissement et la coudure des vaisseaux ayant suffi à assurer l'hémostase pendant toute la première partie de l'opération. Rien de plus facile que de placer quelques pinces, puis de fixer grossièrement à la peau de la région anale le bout supérieur abaissé. Au bout d'une huitaine de jours, ce bout supérieur coupé par les fils remonte, mais le foyer opératoire est déjà fermé et l'on n'a à se préoccuper à aucun moment de le suturer au bout inférieur.

Omphalectomie pour cure radicale des hernies.

CONDAMIN (Lyon) propose, sous le nom d'omphalectomie totale

suivie d'une suture à trois étages, un nouveau procédé de cure radicale des hernies ombilicales. On circonscrit l'anneau ombilical qui renferme une hernie par deux incisions elliptiques. On pénètre dans la cavité abdominale en dehors du collet que l'on débride facilement. On peut alors étaler les adhérences et les détruire; la réduction est facile et, en pratiquant une suture à trois étages, on obtient une solidité très grande dans la réunion de la plaie opératoire. D'autre part, l'ablation large de l'ombilic plus ou moins dilaté par la hernie, fait disparaître toutes les dépressions qui pourraient créer un appel à une récidive.

Néphropexie pour cause d'étranglement rénal.

ALBARRAN (de Paris). — L'observation que je communique a trait à une jeune fille de 19 ans, d'hérédité arthritique, qui, depuis l'âge de 12 ans, était atteinte de douleurs survenant par crises avec irradiations et vomissements, se terminant par une émission abondante d'urine. Elle avait déjà été atteinte de coliques hépatiques avec expulsion de calculs et d'impaludisme chronique. En juin dernier, elle se cachectisa ; je constatai que le rein droit était douloureux au palper et un peu descendu. Les phénomènes s'aggravèrent ; une ceinture n'amena aucun soulagement. Les vomissements devinrent continuels et la vie de la malade se trouva menacée. Trois réductions opérées furent suivies de récidives. Je dus opérer d'urgence la malade en pleine crise. Je constatai que le rein, un peu gros, était en rétroversion ; je le réduisis facilement et je pratiquai la néphrorrhaphie sans décortication préalable avec 6 fils de catgut. Après une légère fièvre stercorale, la malade guérit; son poids a augmenté de 25 kilog. depuis son opération. Cette observation nous a permis de constater directement la pathogénie des crises du rein flottant dues à une hydronéphrose intermittente comme l'admettent MM. Terrier et Marcel Baudouin. En pareil cas on doit, à mon avis, tenter la réduction prudente même avec le chloroforme, et puis la néphrorrhaphie; et, si elle échoue, la néphrotomie plutôt que la néphrectomie, beaucoup plus grave. Il faut en tous cas ne pas faire ici de thérapeutique expectative.

PICQUÉ rapporte un fait analogue à celui de M. Albarran.

MALÉCOT. — Je citerai en quelques mots un fait qui démontre, à l'appui de l'opinion de MM. Terrier, Baudouin et Albarran, que la fixation du rein mobile, faite en cas d'étranglement rénal, sup-

prime la douleur et rétablit la santé générale. Une femme de 30 ans, souffrait depuis deux ans d'un prolapsus du rein droit qui provoquait des douleurs atroces, entraînant une anémie marquée et un profond découragement. Le 31 août dernier, je pratiquai la néphrorrhaphie lombaire. Le rein très mobile, de volume normal, se trouvait près de la fosse iliaque et se présentait par son bord convexe. Je le ramenai facilement dans sa loge et la guérison se fit rapidement. Cinq semaines plus tard cette femme avait engraissé de six livres, faisait de longues courses à pied et reprenait son métier de femme de ménage.

JEANNEL cite trois faits très probants qui plaident encore en faveur de l'hypothèse de MM. Terrier et Baudouin. H. H.

VINGTIÈME SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE. — MORT DE LA FEMME LE 10e JOUR. ENFANT VIVANT.

Je publierai l'observation complète et les résultats de l'autopsie dans le prochain numéro des *Annales*, celui-ci étant consacré, en entier au compte rendu du Congrès de chirurgie. A. PINARD.

VARIA

M. le Dr DARESTE a commencé des *conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique*, le mardi 11 avril, et les continue les samedi et mardi de chaque semaine, au laboratoire de tératologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine.

ERRATUM. — A la page 295 du numéro d'Avril (observation de Zweifel) lignes 20 et 21, au lieu de : « La section de la symphyse dura 15 minutes et l'extraction du fœtus qui fut très pénible, 5 heures 28 minutes », lire :

« La section de la symphyse dura 15 minutes et l'extraction du fœtus, qui fut très pénible, fut achevée à 5 heures 28 minutes » (soit 28 minutes après le commencement de l'opération).

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

VINGTIÈME SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE. MORT DE LA FEMME LE 9e JOUR; ENFANT VIVANT

Par le professeur **Pinard**.

La nommée L..., Marie, âgée de 31 ans, est apportée à la Clinique Baudelocque le 18 avril 1893, à neuf heures du matin.

Cette femme est enceinte pour la cinquième fois et les quatre premiers accouchements se sont terminés de la façon suivante :

1er accouchement à terme, spontané, sommet, enfant vivant : fille.

2e accouchement à terme, sommet, application de forceps, enfant mort : garçon.

3e accouchement à terme, spontané, enfant vivant : fille.

4e accouchement à terme, spontané, enfant vivant : fille.

La cinquième grossesse a évolué normalement. Les dernières règles ont apparu du 8 au 12 juillet ; elle était donc à terme ou près du terme quand, spontanément et prématurément, les membranes se rompirent le 15 avril à 3 heures de l'après-midi ; peu après se montrèrent les premières douleurs.

Une sage-femme fut appelée dès le samedi 15. Le travail

continua le 16 et le 17. Voyant que l'accouchement n'avait pas lieu, la sage-femme fit appeler le docteur X... qui, après avoir constaté un rétrécissement du bassin, conseilla le transport de la parturiente à la Clinique Baudelocque.

A l'arrivée, l'état général de la mère paraît bon. L'enfant se présente par le sommet en gauche transversale, la tête n'étant nullement engagée. Les bruits du cœur sont perçus mais sont reconnus irréguliers, tantôt lents, tantôt fréquents. Le toucher démontre que la dilatation est égale à une pièce de cinq francs et que les bords de l'orifice sont œdématiés.

La tête est très inclinée sur le pariétal postérieur qui chevauche fortement sur le pariétal antérieur; l'occipital est enfoncé sous les pariétaux.

En soulevant la bosse séro-sanguine, le doigt arrive sur l'angle sacro-vertébral. *Le diamètre promonto-sous-pubien est évalué* à $10^c,4$.

Il s'écoule des organes génitaux un liquide vert, épais, extrêmement fétide. Pouls 84. Temp. 37°,2.

Après avoir fait ces constatations, je fis mettre cette femme dans un bain; ensuite ayant acquis la certitude que les battements du cœur de l'enfant persistaient, le palper mensurateur m'ayant démontré qu'il existait une notable disproportion entre la tête de l'enfant et l'aire du détroit supérieur, je résolus de pratiquer la symphyséotomie immédiatement après avoir désinfecté le vagin autant que possible.

La femme ayant été rasée, désinfectée et anesthésiée, fut montée à l'amphithéâtre et je commençai l'incision de la peau à 11 h. 28. Terminaison de la section complète de la symphyse à 11 h. 40. Écartement provoqué de 3 c. 5.

La dilatation de l'orifice utérin se complète immédiatement; application de la 1re branche du forceps a 11 h. 41, de la 2e à 11 h. 42. Traction à 11 h. 44; à ce moment l'écartement est de $4^c,6$; après engagement de la tête l'écartement mesure 4,5 et au moment de l'engagement des épaules 5,5.

Extraction du fœtus à 11 h. 45 et expulsion d'un liquide ou plutôt d'une purée verdâtre et de gaz dont l'odeur infecte l'amphithéâtre.

Au moment du dégagement de la tête au détroit inférieur et à la vulve, *les cuisses furent rapprochées de manière à amener les deux surfaces pubiennes au contact.* Il ne se produisit aucune lésion au niveau des parties molles.

Mon chef de clinique, le Dr Lepage, irrigue immédiatement le vagin et l'utérus avec la solution debiiodure chaude et pratique ensuite la délivrance artificielle à 11 h. 53.

Pendant ce temps je m'occupe de l'enfant. La prise de la tête a été régulière; la traction avait été insignifiante et cependant il est en état de mort apparente. Les téguments sont fortement colorés en jaune, les membres sont inertes et il exhale une odeur repoussante. Le cœur bat faiblement. Les voies respiratoires ayant été désobstruées, il fait quelques petites inspirations, puis s'arrête. A l'aide du tube de Ribemont-Dessaigne, j'aspire le liquide de la trachée et je commence l'insufflation à 11 h. 46; à 11 h. 49 première inspiration, à 11 h. 51 large inspiration, à 11 h. 54 premier cri.

Après m'être lavé longtemps les mains dans une solution phéniquée à 5 pour 100, je lavai encore le vagin et l'utérus avec une solution phéniquée forte, 5 0/0 puis, ayant mis de la gaze iodoformée dans le vagin, je pratiquai la suture de la plaie symphysaire : trois points profonds et quatre superficiels, tous avec le fil d'argent.

Pansement ordinaire et application de la ceinture. Une heure après, temp. 37°,2; miction spontanée et volontaire à 4 heures du soir. Temp. le soir, 37°,3.

Le 19. Temp. 37°, matin. État général très bon; le soir, temp. 38°.

Le 20. Temp. 37°, à 8 heures du matin. Pouls 76.

A 11 heures du matin, frisson violent; une heure après, temp. 39°,4. Je fais instituer l'irrigation continue et pour cela on retire la gaze iodoformée du vagin. Il s'écoule alors quelques cuillerées d'un liquide horriblement fétide. Le liquide

ramène quelques fragments de membranes. Cinq minutes à peine après l'introduction de la canule, introduction qui avait été des plus faciles, pratiquée par ma sage-femme en chef, M[lle] Roze, la malade éprouva une défaillance : la respiration devient difficile, la face se grippe et se couvre de sueur. M[lle] Roze retire immédiatement la canule, et les symptômes inquiétants disparaissent rapidement. Application d'un nouveau tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Plaie opératoire présentant un bel aspect : ni rougeur, ni gonflement. Le soir, temp. 37°,4. Nuit assez bonne.

Le 21. La temp. est à 38°,1 le matin, le pouls à 104. A 1 heure, la température étant à 38°,5 et les lochies très fétides, je fais faire par mon chef de clinique une injection utérine, suivie du badigeonnage de la cavité utérine avec la solution de glycérine phéniquée à 5 0/0. Une mèche de gaze iodoformée est ensuite introduite dans la cavité utérine et laissée en place. A 7 heures du soir, temp. 39°,4 ; à 9 h. 40° et le pouls à 140. Rien d'anormal au niveau de la section de la symphyse. Ventre souple, plat et non douloureux.

Je fais recommencer l'irrigation intra-utérine continue qui cette fois est bien supportée et progressivement la température descend et est dans le milieu de la journée du 23 à 36°,8. Mais le soir la température remonte et atteint 40° pour retomber le 24 à 37°.

Le ventre est toujours indolore et la région de la symphyse ne présente rien d'anormal. Je fais cesser l'irrigation continue.

Le 25. Température le matin à 38°, et le soir à 38°,8.

Le 26. A 9 heures du matin, temp. 40°,2. Grand abattement de la malade, aucune douleur localisée, mais contracture fugace de quelques muscles de la face. Je retire les fils; la plaie est absolument cicatrisée *superficiellement*, et ne présente plus aucune solution de continuité. A 2 heures, en se retournant, la femme perçoit un craquement au niveau du bassin et il se produit à la partie inférieure de la plaie cicatrisée une fissure présentant quelques millimètres d'éten-

due et d'où s'écoule un verre à bordeaux environ de sang noir et putride. J'introduis un petit tube à drainage et je lave avec la solution phéniquée à 5 0/0. Il s'écoule peu de sang et le liquide revient clair. Je laisse le drain à demeure. L'état général devient de plus en plus mauvais. La température monte à 41°, le pouls devient incomptable. Le subdelirium apparaît dans la nuit et la femme meurt à 6 heures du matin, le 27 avril.

L'examen du sang pratiqué deux jours avant la mort, par mon chef de laboratoire, le Dr Wallich, donna les résultats suivants :

1° L'examen direct du sang sur des lamelles ne fit constater la présence d'aucun microbe ;

2° Les bouillons inoculés avec ce sang se troublèrent au bout de deux jours; des tubes d'agar ensemencés avec ce bouillon présentèrent des cultures pures de staphylocoques dorés.

Autopsie, faite 24 heures après la mort :

La plaie opératoire dont la partie inférieure seule s'était désunie pendant la vie est rouverte d'un coup de doigt dans toute son étendue. Sa hauteur cutanée correspond presque complètement à celle de la symphyse ; à sa partie profonde elle n'a plus que 3 cent.

L'index introduit par la plaie passe entre les pubis écartés de 23 millim., également écartés dans toute leur hauteur et pénètre dans une cavité rétro-pubienne dont le bas-fond descend à 2 cent. au-dessous de l'angle inférieur de la plaie et dont le sommet remonte derrière la paroi abdominale jusqu'à 2 cent. au-dessus de l'angle supérieur de la plaie.

Poussée vers le bas-fond du clapier, la pulpe de l'index fait saillir la région vestibulaire, la paroi vaginale antéro-supérieure et le cul-de-sac antérieur du vagin. Ce cul-de-sac correspond à la réunion du bas-fond et de la paroi postérieure de la loge rétro-pubienne. Il n'existe à ce niveau aucune solution de continuité, aucune cicatrice.

Il est évident que le toucher vaginal aurait permis de constater la saillie et la rénitence de l'épanchement rétro-pubien, et qu'une incision transversale immédiatement sus-pubienne aurait pu aisément ouvrir le clapier.

L'exploration digitale par la plaie fait constater à la cavité rétro-pubienne 2 cornes, s'étendant à droite et à gauche derrière le corps et la branche horizontale du pubis. L'index les explore aisément et sa pulpe n'est arrêtée par les bords latéraux de la loge qu'à 5 cent. à gauche et à droite. La limite du décollement à gauche et à droite paraît suivre à peu près le contour antéro-supérieur du trou obturateur.

Le doigt ressort de là enduit de jus de caillots ; mais il n'y a pas de traces de pus.

La paroi abdominale est alors incisée crucialement ; on prend soin d'arrêter l'incision médiane et verticale à un large travers de main au-dessus du pubis, afin de ne pas intéresser la région hypogastrique qui sera ultérieurement disséquée. Il n'y a pas trace de péritonite ; l'utérus, les trompes et les ovaires ne présentent aucune altération. Les culs-de-sac péritonéaux sont sains.

Le péritoine qui se réfléchit de la vessie sur la paroi abdominale antérieure paraît soulevé par un épanchement sanguin qui le colore en rose.

La coloration dessine les limites de la cavité de Retzius.

En arrière, vers les symphyses sacro-iliaques, pas d'épanchement sanguin sous-péritonéal. L'aspect de ces régions, après soulèvement de l'utérus et de l'intestin, est le même que sur un bassin non symphyséotomisé.

Avant de procéder à un examen plus complet, M. Farabeuf qui dirige l'autopsie, injecte avec une masse à la gélatine colorée en bleu les artères, avec une masse semblable colorée en jaune les veines. Tandis que la masse poussée dans les veines fuit à gros jet par les sinus utérins il n'en sort pas une goutte par la plaie opératoire ; l'injection artérielle ne fuit pas non plus par cette plaie.

Après solidification de l'injection nous enlevons, avec toutes les parties molles, le bassin dont la dissection, faite ulté-

rieurement au laboratoire de M. Farabeuf, a montré ce qui suit :

La paroi abdominale fendue en long de chaque côté de l'hypogastre en dedans des vaisseaux épigastriques, est rabattue sous forme d'un tablier sus-pubien.

Le décollement artificiel du péritoine pariétal de ce tablier ouvre bientôt une cavité s'étendant de chaque côté de la ligne médiane jusqu'aux vaisseaux épigastriques et renfermant un caillot partout adhérent en forme de plastron, ayant 11 centimètres d'un côté à l'autre après durcissement dans l'alcool. Ce caillot, solide, massif, de coloration rouge foncée, présente un bord supérieur aminci à partir duquel il prend rapidement une épaisseur de 16 millim. qui atteint son maximum (2 cent.) au niveau du détroit supérieur du bassin. Latéralement il ne dépasse pas les artères ombilicales repoussées au droit des épigastriques dont la saillie est moulée à la surface du caillot. En haut il remonte jusqu'à 65 millim. au-dessus des pubis.

On décolle alors la face antérieure du caillot de la paroi abdominale et on voit bientôt se produire, lorsqu'on arrive à 2 c. au-dessus du pubis et à gauche, un jour par lequel on pénètre dans la cavité rétro-pubienne ci-dessus décrite. Donc caillot sous-péritonéal et clapier rétro-pubien occupent la cavité prévésicale, la cavité de Retzius. Le clapier n'est autre chose que le résultat de la liquéfaction putride de la partie inférieure du caillot prévésical. C'est ce que montre très nettement une coupe juxta-médiane antéro-postérieure de la pièce.

La dissection de la paroi antérieure de la cavité occupée par le caillot ne met à nu aucun vaisseau artériel important.

La même coupe permet de constater l'absence de toute lésion du vagin, de l'urèthre, de la vessie, de l'utérus dont la cavité ne renferme aucun débris suspect. Pas de déchirure du col. Hauteur totale de l'utérus, 17 cent.

Le bassin osseux apparaît sur la coupe comme un type de bassin annelé dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure 105 millim. et le promonto-pubien minimum 89 millim.

Le sacrum a 96 millim. de la base à la pointe et 115 millim. de largeur maxima ; la flèche sacrée a 20 millim. Diamètre : sacro-sous-pubien, 115 millim.; mi-sacro-pubien, 105 millim.; coccy-sous-pubien, 90 millim. ; hauteur de la symphyse 35 millim,

Les deux os iliaques sont très notablement mobiles sur le sacrum ; la mobilité, et le fait avait été constaté avant la coupe médiane, paraît plus grande au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche qu'au niveau de la droite.

La dissection des symphyses sacro-iliaques démontre qu'il n'y a pas trace d'épanchement sanguin ni de la masse à injection au niveau de leur partie antérieure. Les veines sont finement injectées ; les artères les plus fines sont injectées en bleu.

Le ligament antérieur sacro-iliaque de chaque côté ne présente pas la plus petite solution de continuité ; la capsule est intacte, mais on note un décollement du ligament d'avec l'os iliaque sur une étendue de moins de 1 centimètre.

(L'écartement pubien pendant l'opération a atteint 55 millim.). Le décollement n'est pas plus considérable à droite qu'à gauche. Pas de lésions postérieures. Pas d'épanchement sanguin, pas de pus.

L'examen des viscères n'a décelé aucune suppuration collectée ou en voie de formation, aucune tare organique.

Diagnostic : Septicémie pure.

Enfant. — L'enfant bien ranimé fut pesé et mesuré.

Garçon pesant 3700 gr., mesurant 49 cent. de longueur totale.

Diamètres de la tête :

O. M.	12c,2.	S. O. F.	11c,5.
O. F.	11c,7.	B. P.	9c,3.
S. O. B.	10c.	B. T.	8c.

Mis au sein d'une nourrice dans la soirée du 15, il têta bien.

Le 19. Bon aspect, tète bien.

Le 20. Bon aspect, il continue à bien teter.

Le 21. Mauvais état général, ictère accusé ; il tète mal. Temp. 38° matin, le soir 39°. Souffle et râles nombreux dans le poumon droit.

Le 22. État grave, 46 respirations par minute. Temp. 40°. On lui fait prendre du lait de femme à la cuiller et quelques cuillerées d'eau alcoolisée ; le soir 39°.

Le 23. Temp. 38°. L'état général est moins mauvais.

A partir de ce moment l'amélioration fut progressive comme le démontrent ces poids :

29 avril.......	3300 gr.	4 mai	3560 gr.
30 —	3280 »	5 —	3620 »
1er mai	3370 »	6 —	3688 »
2 —	3430 »	7 —	3730 »
3 —	3500 »	8 —	3790 »

L'enfant, très vigoureux, quitta la clinique et fut envoyé en nourrice. Aux dernières nouvelles il se développait bien.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES UTÉRINS

Par **L.-G. Richelot**
Chirurgien de l'hôpital St-Louis.

Je n'entreprends aucune polémique sur le danger qu'il peut y avoir à laisser grossir les fibromes, sur le nombre de ceux qu'il faut laisser tranquilles et sur la valeur des traitements palliatifs. Je suppose une malade qui possède une tumeur fibreuse en voie d'évolution et manifestant ses tendances par des douleurs et des pertes sanguines. L'indication opératoire est évidente et l'intervention décidée ; nous avons le choix entre la *castration ovarienne*, *l'énucléation* et *l'hystérectomie*.

Castration ovarienne. — J'ai présenté au congrès de chirurgie (5e session, 1891) une série peu nombreuse de castrations ovariennes pour fibromes. Il faut dire qu'une de ces

malades, alors récemment opérée et que je croyais guérie, a vu les hémorrhagies se reproduire et ne cesser qu'au bout d'un an. D'autre part, nous avons tous vu que l'ablation des ovaires est souvent gênée par le volume et le siège des tumeurs, qu'elle peut être laborieuse et rester même incomplète. Les quelques insuccès thérapeutiques et les imperfections de la méthode, en présence des résultats merveilleux que nous donne aujourd'hui l'extirpation vaginale dans des cas identiques, la font descendre au second rang, si bien que, sans la renier absolument, je ne l'ai plus mise en pratique.

ÉNUCLÉATION. — L'énucléation par la *voie abdominale*, avec suture indépendante ou fixation de la loge utérine à la plaie, ne peut convenir qu'à un petit nombre de cas et ne soutient pas la comparaison avec les méthodes perfectionnées d'hystérectomie. Je n'y ai jamais eu recours.

Mentionnons simplement l'ablation très facile, au cours d'une laparotomie, de certains fibromes insérés sur le fond de l'utérus par un mince pédicule. Il n'y a là ni méthode ni procédés à retenir.

Tout autre est l'énucléation par la *voie vaginale*. C'est l'ancienne opération d'Amussat, rajeunie et devenue très bénigne. Elle convient aux tumeurs uniques, de volume modéré, contenues dans une loge pariétale saillante vers la cavité utérine. J'en ai deux belles observations recueillies dans ces deux dernières années.

La première a trait à une femme de 57 ans auprès de laquelle je fus appelé d'urgence en octobre 1891, pour des accidents de rétention d'urine et de constipation absolue. Une tumeur volumineuse comprimait la vessie et le rectum; malgré les purgatifs et le cathétérisme journalier, la malade s'affaiblissait rapidement et l'opération fut décidée du jour au lendemain. Le fibrome bourrait le segment inférieur et refoulait à droite la cavité utérine. Sa loge fut largement ouverte et le tissu fibreux morcelé de bas en haut; des lanières de gaze iodoformée remplacèrent la tumeur, dont l'extirpation avait duré une heure un quart et n'avait pas donné, pour ainsi dire, une goutte de sang. Guérison facile.

Chez la seconde, femme de 39 ans opérée en mai 1892, le symptôme dominant était l'hémorrhagie. Traitements prolongés sans résultat ; l'électricité n'avait réussi qu'à augmenter les douleurs et surtout les pertes, qui duraient maintenant trois semaines sur quatre. Après examen, je m'attendais à faire une hystérectomie vaginale ; mais, en commençant, je vis qu'il s'agissait d'un fibrome unique logé à gauche dans la paroi utérine et refoulant à droite la cavité. Section bilatérale du col, mise à nu et morcellement intra-pariétal du fibrome, tamponnement à la gaze iodoformée, suites bénignes et résultat thérapeutique irréprochable.

L'occasion est assez rare de faire cette opération. Et c'est dommage, car elle offre une grande sécurité, notamment au point de vue de l'hémostase. Il ne s'agit plus d'énucléer la tumeur en masse, comme au temps d'Amussat ; on la fragmente peu à peu, on y met une heure et même davantage, l'utérus descend à mesure que la loge se vide, pas un point n'est touché ou sectionné sans être vu, et le fond de la loge est sous les yeux quand les derniers lobes de la tumeur en sont séparés. De cette manière, si la paroi est très mince, on ne risque pas de la rompre et d'ouvrir le péritoine sans le savoir. On peut aussi, chemin faisant, réformer son diagnostic, constater l'existence de plusieurs fibromes et passer, s'il le faut, du morcellement de la tumeur à celui de la matrice elle-même.

Hystérectomie. — Parlons tout d'abord de l'*hystérectomie vaginale*. J'avais déjà publié quelques observations de fibromes utérins et préconisé cette manière de faire à une époque où la plupart de mes collègues n'y pensaient guère, et n'étaient pas loin de m'accuser d'un certain parti pris (1). Mais il y avait loin de ces quelques faits épars à une méthode suivie et bien réglée. Aujourd'hui, le morcellement rend possible des opérations jadis inabordables, et je n'hésite pas à me ranger au nombre de ses partisans.

Je ne vous dis rien du manuel opératoire, bien que le sujet

---

(1) *Soc. de chir.*, 24 mai 1888 ; *Union méd.*, 19 février et 2 juin 1888.

soit fort à la mode. Aussi bien, on n'en a parlé jusqu'ici qu'à bâtons rompus, et personne n'a donné sur le morcellement dans les cas de fibromes une description vraiment clinique et pouvant servir de guide. Cette description, j'ai essayé de la faire, et elle va paraître incessamment dans les *Archives générales de médecine*. Aujourd'hui, je me borne à vous donner les résultats de ma pratique, depuis deux années que la méthode est en honneur.

J'ai fait 34 fois l'hystérectomie vaginale pour fibromes; je n'ai eu qu'une mort, dans un cas d'une extrême gravité, chez une femme de 62 ans, épuisée par les douleurs et les pertes, et encore l'opération avait été parfaitement régulière, la malade allait très bien, et la mort survenue le cinquième jour fut causée par une fausse manœuvre de ma part. J'ai publié l'analyse de ce fait (1).

Parmi les 33 guérisons, je compte des tumeurs volumineuses, — j'ai été jusqu'à 1300 grammes, — des morcellements laborieux, des opérations qui durent une heure, une heure et demie; j'ai été jusqu'à deux heures un quart. Il faut de la conviction et de la patience pour mener à bien l'entreprise; il y a des utérus friables qui donnent de mauvaises prises et restent longtemps immobiles, des tumeurs qui remontent, se dérobent, si bien qu'à certains moments l'opérateur piétine sur place et même n'ose plus bouger; puis une pince-érigne bien placée, un coup de bistouri donné à propos viennent éclaircir la situation, et peu à peu les fragments se détachent, des fibromes entiers s'énucléent, la masse se mobilise. Et quelle que soit la durée, si pénibles que soient les efforts, aucune offense pour le péritoine, aucun agent d'infection, aucun risque pour l'intestin. Aussi la facilité de la guérison fait-elle toujours contraste avec la gravité apparente des manœuvres. Après une opération d'une heure et demie, la malade est sans fièvre et n'a pas plus d'accidents qu'après la plus simple des laparotomies. J'ajoute qu'elles sont entièrement débarrassées de leurs maux, et que la fa-

(1) *Union méd.*, 19 janvier 1893.

meuse question des « suites éloignées » n'existe pas pour elles.

Entre les fibromes justiciables de cette méthode et ceux que nous devons attaquer par l'ouverture de l'abdomen, la limite n'est pas facile à tracer. Tel chirurgien attribue à l'hystérectomie vaginale toutes les tumeurs qui ne dépassent pas l'ombilic ; mais c'est là un criterium insuffisant. L'indication ne ressort pas uniquement du volume, mais aussi du siège de la tumeur et de son degré de mobilité. A dimensions égales, les unes bourrent le segment inférieur et s'enclavent dans le petit bassin, ou font basculer la matrice en arrière et saillir le cul-de-sac de Douglas ; les autres se développent tout entières au-dessus du détroit supérieur et semblent soulever l'utérus. Aux premières la voie vaginale, aux secondes la laparotomie.

Il est vrai qu'à plusieurs d'entre nous l'*hystérectomie abdominale* semble inspirer encore une véritable terreur ; si bien qu'on a vu non seulement des électriciens, — ce qui est naturel, — mais des chirurgiens expérimentés, audacieux, faire de l'électricité.

Pour mon compte, je pratique aujourd'hui avec pleine confiance l'ablation sus-pubienne de l'utérus fibromateux. Déjà en 1890, j'ai commencé à la Société de chirurgie une campagne en faveur du traitement intra-péritonéal du pédicule. Je m'appuyais sur une série de 16 opérations avec 3 morts ; c'était encore assez loin de la perfection, mais sur les 3 morts, il n'y avait qu'un accident de pédicule, et encore dans un cas très spécial où le tissu utérin lardacé, juteux, m'avait empêché de faire un moignon de bonne qualité, et où certainement j'aurais dû le fixer à l'extérieur, à moins de l'enlever complètement. Malgré cet insuccès, je hasardai l'opinion que le pronostic de l'hystérectomie abdominale était devenu comparable à celui de l'ovariotomie.

Là-dessus je fus pris à partie, mais la plupart des objections qui me furent adressées reposaient sur un malentendu. Je n'avais pas dit que toutes les variétés de *myomectomie*

abdominale, avec les énormes tumeurs, les adhérences à l'intestin, les compressions des viscères, les inclusions dans le ligament large sont aussi bénignes que l'ovariotomie simple. J'avais comparé des faits comparables, et prétendu que, toutes choses égales d'ailleurs, quand on a dans la main un pédicule formé par le col de l'utérus au lieu d'un pédicule ovarique, le traitement du premier, pour être un peu plus difficile, n'était pas loin d'offrir la même sécurité.

Quelqu'un m'a prédit alors que je reviendrais de mes erreurs. Néanmoins j'ai persévéré dans la même voie, mais non sans chercher de nouvelles améliorations. En 1890, je laissais à demeure le lien élastique, et j'abandonnais le pédicule, après avoir bien rôti au thermo-cautère sa surface et le bout de cavité utérine qui dépasse la ligature. Sécurité parfaite au point de vue de l'hémostase ; mais à la rigueur et malgré l'action du feu, la surface cruentée pouvait être une cause d'infection. Je n'insiste pas sur l'élimination du lien élastique par l'orifice du col ; je l'ai vue se faire chez quelques malades après plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais elle n'a pas d'inconvénients sérieux.

En résumé, c'est contre l'infection qu'il fallait trouver des garanties encore plus certaines. Je l'ai fait en prenant, d'une part, à Chénieux (de Limoges) et à Kocher (de Berne) la ligature à la soie plate ; d'autre part, en recouvrant le moignon d'un lambeau de péritoine, par un procédé dérivé de celui de Chroback. Voici, en quelques mots, la marche de l'opération :

La paroi abdominale est incisée comme à l'ordinaire, et la masse fibreuse attirée au dehors à l'aide des mains et des pinces à traction. Au début, je traitais à part les ligaments larges, mais il est plus expéditif et même plus sûr de les prendre avec la ligature et de les accoler d'emblée au moignon ; aussi vaut-il mieux n'y pas toucher en ce moment. Dès que la tumeur est bien en vue, je trace au bistouri, sur sa face antérieure, une incision qui en détache le péritoine entre les deux ligaments larges et qui taille un lambeau suf-

fisant, — soit dit en termes vagues, — pour recouvrir ultérieurement la surface du pédicule. Le lambeau tracé, je le décolle avec le doigt et je le fais tomber dans le petit bassin, ce qui a l'avantage de mettre la vessie hors d'atteinte. Je place alors le lien élastique en passant au-dessous des annexes, et je l'attache avec le clamp de Segond sur la face antérieure dénudée.

Je tiens absolument à la ligature élastique provisoire, et je refuse de passer d'emblée les fils de soie. Je l'ai fait dans un seul cas, et j'ai remarqué que le tissu musculaire réagit, même contre la soie plate, et l'empêche de bien serrer; au contraire, s'il est tenu par le caoutchouc, la ligature définitive est serrée comme on veut.

J'ai l'habitude de me débarrasser de la masse utérine dès que le lien élastique est placé, afin de manœuvrer plus à l'aise. Je coupe hardiment jusqu'au voisinage de la ligature, en laissant aux pinces de larges prises pour soutenir le pédicule, qui sera diminué et façonné plus tard.

C'est le moment de lier à la soie plate. Je passe un long fil double, avec une aiguille mousse, à travers le pédicule, immédiatement au-dessous du lien élastique; je noue à droite et à gauche, ce qui fait une ligature en chaîne, puis j'ajoute un fil de sûreté qui embrasse tout le moignon, et j'enlève le caoutchouc.

Le tissu musculaire et les ligaments larges étant solidement étreints par des fils qui n'ont aucune tendance à déraper, je réduis au minimum la partie libre du moignon, puis je rôtis la tranche avec le thermocautère, que j'enfonce à plusieurs reprises dans le petit cul-de-sac formé par la muqueuse utérine, mais en ayant soin de ne pas trop appuyer dans le fond, de peur de couper les fils de soie qui traversent le col.

Il s'agit maintenant de recouvrir la surface rôtie avec le lambeau péritonéal. Je fais tenir le pédicule par un aide avec une pince-érigne accrochée à son bord postérieur, je vais chercher le lambeau dans le petit bassin, je le remonte,

et par un surjet au catgut je l'unis au bord postérieur du moignon. Quand tout est fini, on voit au milieu de la cavité pelvienne une suture en forme de crête transversale, le péritoine est partout fermé, la surface cruentée de l'utérus, inclinée en avant, est extra-péritonéale.

Trois points, dans ce procédé, méritent l'attention. La striction exercée par les *fils de soie* m'autorise à prendre dans la même ligature le bord supérieur du ligament large sans m'en inquiéter davantage, tandis qu'autrefois, pour l'empêcher de glisser, je l'attachais au lien élastique permanent avec un fil passé en écharpe. La soie permet encore de réduire au minimum le bout de moignon qui la dépasse, ce qui donne un pédicule petit, mobile, et s'inclinant de bonne grâce au-devant du lambeau.

Ce *lambeau péritonéal antérieur* est de la dernière importance. Il empêche la surface cruentée et la cavité utérine, imparfaitement désinfectées, d'inoculer le péritoine. Il y a deux lambeaux dans le procédé de Chrobrack, mais le postérieur est difficile à tailler et parfaitement inutile.

Malgré la présence du lambeau, le *rôtissement du moignon* au thermocautère ne doit pas être oublié ; car si le péritoine est préservé, le tissu cellulaire ne l'est pas, et à défaut de péritonite, nous pourrions avoir un abcès pelvien, comme je le démontrerai tout à l'heure.

Encore une remarque : le traitement susdit est parfaitement applicable à ces cas difficiles où le segment inférieur est bourré par le fibrome, voire même enclavé dans le petit bassin au point de ne pouvoir tout d'abord en sortir. Autrefois, nous traversions ces gros pédicules avec des broches, nous faisions des opérations incomplètes et dangereuses. Aujourd'hui, tout s'arrange : taillez le lambeau péritonéal et appliquez la ligature élastique sur la masse comme elle se présente ; puis incisez l'utérus, ouvrez la loge du gros fibrome et faites-en l'énucléation. A mesure que la tumeur, attirée par les pinces et décollée par les doigts, s'élève et tend à quitter le petit bassin, le lien de caoutchouc glisse de haut

en bas, se resserre autour de l'utérus qui se vide, et quand la tumeur est partie, la ligature est placée au bon endroit, et l'opération s'achève comme à l'ordinaire. C'est même ces cols énormes qui donnent les moignons les plus petits.

Les malades guérissent sans fièvre, sans réflexes ni douleurs inusitées, et se comportent vraiment comme après une ovariotomie.

La série des opérations que j'ai faites par ce procédé comprend 21 cas, dont les 20 premiers sont exposés dans la thèse d'un de mes élèves (1). J'ai perdu deux malades, dont je vais d'abord résumer l'histoire.

La première était une femme de 60 ans qui avait eu autrefois de graude pertes, dues à un fibrome reconnu depuis vingt ans. La ménopause datait de onze ans. Elle avait une ascite beaucoup plus récente et un peu d'albuminurie. Je ne savais comment expliquer ces nouveaux symptômes, à cet âge et après un silence prolongé de la tumeur; mais, n'ayant aucune donnée qui me permît de faire un autre diagnostic, je les attribuai à la présence du fibrome et je résolus d'intervenir, tout en ayant conscience que je prenais une grave responsabilité. A mon grand étonnement, je tombai sur une péritonite tuberculeuse, avec granulations confluentes répandues à toute la surface du péritoine, utérus, intestin, vessie, etc. Le cœur et les poumons étaient parfaitement sains.

J'évacuai l'ascite et je continuai l'ablation de la tumeur, qui fut très facile. L'opérée n'eut pas de grands accidents, mais elle traîna et mourut peu de jours après sa sortie de l'hôpital.

Je pense aujourd'hui qu'après l'incision j'aurais mieux fait de m'arrêter, les granulations tuberculeuses étant la seule cause de l'ascite et de l'albuminurie. L'extirpation, d'ailleurs, n'ajouta presque rien au traumatisme abdominal, j'ignore si, en m'abstenant, j'aurais conservé la malade. Ce

(1) GUILLEMINOT. *Traitement du pédicule intra-péritonéal*, etc. Thèse de Paris, 1893.

qui est bien certain, c'est qu'on ne peut attribuer sa mort à une gravité particulière de l'hystérectomie.

Deuxième insuccès : Femme de 41 ans, opérée pour des hémorrhagies profuses ; suites normales et apyrexie pendant six jours ; à la fin du 6e jour, fièvre subite, gros abcès de la suture évacué le lendemain; continuation de la fièvre et mort le 9e jour. A l'autopsie, nappe purulente entre la peau et la couche musculaire ; foyer semblable et de mêmes dimensions dans le péritoine, sous la paroi ; au fond du petit bassin, *pédicule intact*. En somme, infection mortelle dont l'enquête la plus minutieuse ne m'a pas fait découvrir la source. Le catgut, que j'avais d'abord incriminé à cause du siège de la suppuration, était le même qui m'avait servi tous les jours précédents, qui me sert depuis, et qui ne doit pas être bien mauvais, puisque sur une moyenne de 60 opérations par mois, je n'ai pas un seul décès à l'hôpital St-Louis depuis le 1er janvier.

De ces deux échecs, le premier est beaucoup moins cruel que le second ; mais tous deux sont pareils en ce qu'ils ne compromettent pas la méthode. J'insiste en effet sur l'intégrité du pédicule signalée tout à l'heure. Il s'agit là d'un accident de laparotomie, et il est impossible d'incriminer l'hystérectomie en général ni, en particulier, le procédé que je vous ai décrit.

Sur les 19 malades guéries, parmi lesquelles je compte des tumeurs énormes et des opérations très laborieuses, il y en a deux sur lesquelles je veux encore m'arrêter. Chez l'une j'allais rôtir le pédicule, lorsqu'on s'aperçut que le thermocautère ne marchait pas. Je touchai la surface avec le sublimé, et j'annonçai à mes assistants que j'allais, par le lambeau péritonéal, mettre l'opérée à l'abri de la péritonite, mais qu'elle pourrait avoir un abcès pelvien. Dès les premiers jours elle avait un peu de fièvre, puis un empâtement du côté droit, puis une collection qui fut ouverte au-dessus de l'arcade, et qui, venant du pédicule, avait filé sous le péritoine, comme le stylet en donnait la preuve. Elle guérit

d'ailleurs facilement. Voilà un fait qui démontre à la fois l'importance de la cautérisation thermique et celle du lambeau péritonéal.

Chez l'autre, le moignon s'est encore plus mal comporté. La malade était guérie depuis le mois de février, lorsqu'au mois d'octobre elle se mit à souffrir du ventre et revint me trouver à l'hôpital Tenon. Elle avait un écoulement fétide par le museau de tanche et de l'empâtement autour du pédicule. Je résolus d'extirper celui-ci par la voie vaginale, afin d'ouvrir largement le foyer qui me paraissait communiquer avec l'intestin. Malheureusement, dès les premières inhalations de chloroforme, elle fut prise de syncope cardiaque et mourut. L'autopsie montra quelques vieux caillots dans l'épaisseur du ligament large gauche et autour du pédicule ; ces caillots avaient suppuré et le rectum s'ouvrait dans le foyer par un orifice d'un centimètre environ. Je vais tirer de ce fait les enseignements qu'il me paraît comporter :

Cette observation est une des premières de la série ; à cette époque je traitais à part les ligaments larges. Il me semble aujourd'hui qu'en les séparant du pédicule, on risque d'ouvrir et de négliger quelques vaisseaux; peut-être est-ce la cause de ce léger épanchement sous-péritonéal? Quoi qu'il en soit, un jour le foyer sanguin s'est infecté par le museau de tanche, et la suppuration à ulcéré le rectum adhérent à son sommet.

Notez bien que ma malade est morte par le chloroforme, avant l'intervention ; je tiens à l'établir, bien que ce soit un gros malheur. Elle n'a pas succombé aux accidents tardifs survenus autour du moignon, et même elle n'était pas gravement compromise. Rien n'était plus facile que d'enlever le pédicule et d'ouvrir le foyer ; elle aurait eu pendant quelque temps une fistule recto-vaginale, qui sans doute aurait fini par se fermer comme l'ont fait les quelques fistules du même genre observées par les hystérectomistes.

Maintenant, je reconnais que la meilleure manière de supprimer toute chance d'accident léger ou grave, primitif ou se-

condaire, autour du pédicule est de supprimer le pédicule lui-même, et je ne suis nullement éloigné d'adopter l'*hystérectomie totale*. Mais il faut qu'on me donne un bon procédé. Il y en a plusieurs ; l'opération est à l'ordre du jour; je l'ai vue très bien exécutée par Martin, l'année dernière, au Congrès gynécologique de Bruxelles, mais la manœuvre était compliquée, laborieuse, et les statistiques ne sont pas encore brillantes. La méthode abdomino-vaginale peut être, elle aussi, fort malaisée. Bref, l'hystérectomie totale sera peut-être un jour la méthode de choix, mais elle est en ce moment fort controversée, et j'ai encore le droit de préconiser une méthode qui m'a donné, sur 21 cas, deux morts, dont l'une est due à une péritonite tuberculeuse compliquée d'albuminurie, et l'autre à un accident de laparotomie n'ayant rien à voir avec le traitement du pédicule.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE (1)

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS (*Fin.*)

Par MM. le Dr **L. Picqué**, chirurgien des hôpitaux de Paris
et le Dr **P.-R. Charrier**, ancien interne des hôpitaux et du service chirurgical de gynécologie de Lourcine-Pascal.

Obs. VII. — *Infection puerpérale récidivée. Suppuration pelvienne. Fistule intestino-ovarienne, puis intestinale. Laparotomie. Guérison complète.*

La nommée Marie R..., âgée de 32 ans, ménagère, entrée le 23 juillet 1891. Réglée à 13 ans. Étant jeune fille pas de pertes blanches. Règles régulières. A 20 ans, 1 enfant, à 25 ans 1 enfant, à 26 ans fausse couche de 2 mois. La malade perdit du sang abondamment pendant quelques jours et éprouva quelques légères douleurs de ventre. A 27 ans 1 enfant, à 30 ans 1 enfant. Le 3e jour après l'accouchement la malade éprouva une douleur assez vive dans la région des annexes du côté gauche, accompagnée de frissons répétés et assez intenses, bientôt suivis de fièvre. La malade

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, mars 1893, p. 176.

souffrit ainsi pendant deux mois, c'est alors que dans le côté gauche du ventre, tout près du pli de l'aine, apparut une tumeur très appréciable à la palpation. Les règles furent supprimées pendant six mois. A 31 ans, fausse couche de 2 mois. Perte de sang abondante pendant 3 jours. Un mois après, frissons, fièvre, recrudescence des douleurs de ventre.

A son entrée, on constate un utérus gros, mou, en antéversion légère, orifice entr'ouvert, col gros, ulcéré. Annexes légèrement prolabées, augmentées de volume, adhérentes et douloureuses, du côté droit. A gauche, tumeur de la grosseur d'une mandarine donnant la sensation d'un empâtement profond, diffus, adhérentd'une part à l'utérus et de l'autre au pelvis.

Opération, le 15 septembre. — Laparotomie. Après l'incision faite la main, allant à gauche à la recherche de la tumeur, tombe sur une masse formée par les anses intestinales agglutinées entre elles et masquant la tumeur à laquelle elles adhèrent intimement. On est obligé d'agrandir l'incision. On aperçoit alors une partie de la tumeur à nu, mais le doigt éprouve une énorme difficulté pour détacher les anses intestinales. Bientôt on aperçoit à la surface de l'intestin, au point où l'ovaire est adhérent, une déchirure. Du côté de l'ovaire, par un petit orifice de la largeur d'une lentille, des gaz s'échappent. Il est évident que la déchirure était ancienne et qu'il existait là depuis un certain temps une communication entre l'ovaire et l'intestin. La partie de l'intestin en question était la partie supérieure de l'S iliaque.

M. Picqué enlève les annexes après ligature, suture l'intestin et fixe le pédicule à la paroi, à l'aide d'un fil d'argent. Les annexes du côté opposé étant saines sont laissées en place. Drainage. Au 6e jour par la plaie s'échappent des matières et des gaz. Une fistule intestinale s'établit.

Le 11 janvier 1892. Ablation du fil d'argent enkysté, à la cocaïne. La fistule intestinale existe toujours.

Laparotomie ultérieure, suture de l'intestin. Guérison complète.

OBS. VIII. — *Infection puerpérale. Suppuration périmétro-salpingienne. Pyosalpinx droit unilatéral. Laparotomie. Guérison.*

La nommée M..., Victorine, âgée de 33 ans, concierge, entrée le 13 octobre 1891. Réglée à 14 ans. Étant jeune fille, règles doulou-

reuses, pertes blanches. Bien portante jusqu'à 28 ans, époque de son mariage. A 29 ans un enfant, grossesse et accouchement normaux. Six mois après, fausse couche de six semaines, hémorrhagie abondante, suivie d'écoulement sanguinolent tous les jours pendant trois semaines, douleurs dans le ventre trois jours après la fausse couche. La douleur était surtout accentuée à droite ; la malade eut quelques frissons légers les jours qui suivirent et un mouvement fébrile peu intense qui dura 2 ou 3 jours. Au bout de six semaines elle se leva souffrant un peu du ventre. Au mois de juin 1890, deuxième fausse couche de 4 mois 1/2. La malade recommença à souffrir du côté droit et resta 15 jours au lit. Au mois de juillet 1891, accouchement prématuré à 7 mois, la délivrance fut suivie d'une hémorrhagie abondante. La malade ressentit deux jours après quelques frissons suivis d'une fièvre intense, en même temps le ventre se météorisait, devenait tellement douloureux que le poids de la couverture était insupportable. Elle se leva trois semaines après continuant toujours à souffrir. Depuis cette époque la malade souffre toujours du côté droit et dans les reins. La marche est très fatigante, les règles sont douloureuses, accompagnées d'écoulement leucorrhéique assez abondant.

A son entrée on trouve un utérus gros, peu mobile, en antéversion légère. Le col est gros, mou, l'orifice entr'ouvert et légèrement ulcéré. A gauche la voûte vaginale est souple, en la déprimant fortement, aidé par le palper abdominal, on trouve la trompe gauche légèrement augmentée de volume, haut située dans le ligament large et peu douloureuse. A droite tout le cul-de-sac vaginal est envahi avec prolongement en avant et en arrière par une tumeur dure, bosselée, très douloureuse, cette tumeur est adhérente d'une part à l'utérus et de l'autre au pelvis. Du côté droit on a la sensation très nette d'un plastron abdominal qui remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic. On porte le diagnostic de phlegmon droit du ligament large. La malade n'a pas de fièvre, on la met au repos. On l'examine le 2 novembre, le plastron a disparu, le cul-de-sac vaginal est moins empâté et l'on a la sensation d'une tumeur représentant plutôt un pyosalpinx de la grosseur d'une orange.

L'*operation* est pratiquée le 14 novembre. A gauche, les annexes paraissant saines sont laissées en place. A droite, on tombe sur une poche adhérente à l'intestin, en essayant de la détacher un abcès se rompt, abcès péri-salpingien comme on peut s'en convain-

cre, de la grosseur d'une noix. On trouve l'ovaire rempli de kystes hématiques. La trompe est oblitérée, augmentée de volume, aux parois très épaissies et contenant du pus dans sa cavité. La trompe et l'ovaire unis par des fausses membranes sont enlevés. La tumeur avait le volume d'un gros œuf; à la surface de l'ovaire, il existait un gros kyste hématique de la grosseur d'une noisette, ce kyste siégeait au voisinage du ligament qui relie la trompe à l'ovaire. On referme le ventre avec une mèche pour assurer le drainage.

Dix jours après, la cicatrisation est complète. La malade quitte l'hôpital le 25 décembre complètement guérie.

En décembre 1892, cette malade est entrée à l'hôpital Baudelocque. Grossesse gémellaire. Accouchement à 7 mois: les enfants sont morts.

Obs. IX. — *Pyosalpinx droit. Salpingite chronique gauche.*

La nommée B..., âgée de 25 ans, couturière, entrée en octobre 1891. Réglée à 16 ans régulièrement. Accouchement il y a 4 ans, s'est bien passé, aucun accident consécutif. A commencé à souffrir il y a un an de douleurs d'abord localisées à gauche, puis à droite, mais plus vives toujours à gauche. En même temps commence une leucorrhée abondante. Il y a 1 mois, fausse couche de 1 mois 1/2 après laquelle les douleurs et la leucorrhée augmentent. Son ventre devient en même temps douloureux et plus gros. Il y a 7 mois, elle évacue par le rectum une quantité de pus considérable (venant de la tumeur salpingienne droite) et pendant 4 semaines la même débâcle de pus se reproduit tous les 3 ou 4 jours. Les douleurs diminuent mais pour reprendre dans ces derniers temps et la malade entre à l'hôpital.

A l'*examen*. — Utérus refoulé en avant et à droite. A gauche: tumeur du volume du poing, paraissant assez mobile, empiétant sur le cul-de sac postérieur et comblant le cul-de-sac gauche. A droite: tumeur moins volumineuse, peu mobile.

Laparotomie le 26 octobre 1891.— Kyste séreux à paroi très mince qui se rompt pendant l'opération. A gauche: tumeur salpingienne très adhérente à l'intestin (grosse comme un œuf de poule) dont on la décortique difficilement et en partie seulement. Les adhérences sont tellement intimes qu'il faut renoncer à énucléer complètement la tumeur et M. Picqué se décide, en pareil cas, à ouvrir simple-

ment la poche, à la vider avec une curette, des fongosités mollasses et du pus qu'elle contient. Ancienne salpingite purulente en train de devenir salpingite parenchymateuse. Une mèche est placée dans la trompe pour en assurer le drainage capillaire. Tamponnement de Mickulicz. A droite : ablation des annexes. Tamponnement de Mickulicz enlevé au bout de 3 jours, mèches de gaze iodoformée puis de gaze salolée changées tous les 2 jours. L'odeur de sphacèle, constatée à chaque pansement, est due à des débris de la poche, qui s'éliminent. Au bout de trois semaines l'odeur avait disparu, et le 14 décembre le trajet était fermé, la plaie cicatrisée, la malade sortait guérie sans fistule.

Réflexions. — L'étiologie des pyosalpinx est relativement simple. Presque toujours la suppuration de la trompe ou des trompes est consécutive à une infection de l'utérus ; nous disons presque toujours, car il semble prouvé en effet que dans certains cas, rares il est vrai, le pyosalpynx peut succéder à une infection d'origine intestinale, et la règle dans ces cas c'est le pyosalpinx droit suivant une typhlite ou mieux une pérityphlite. Les recherches microbiennes qui ont été faites, l'examen microscopique, les ensemencements de pus venant des trompes n'ont pas toujours donné des résultats positifs. Aussi, lorsque dans une observation, la cause d'une suppuration pelvienne ne peut être élucidée par l'évolution, l'interrogatoire, etc., alors même que l'examen bactériologique n'aurait pas été fait, il nous semble que l'intérêt de l'observation n'est pas diminué, surtout lorsque le diagnostic, les indications opératoires ont été nettement posés, avant l'intervention.

La première observation que suivent ces réflexions offre à nos yeux un grand intérêt. Si nous l'avons mise en tête, c'est d'abord parce qu'elle est seule de son espèce, qu'elle forme un groupe par elle-même, et comporte un précieux enseignement. Mieux que toutes les affirmations elle démontre le péril presque mortel auquel sont exposées les malades qui subissent en dehors de conditions antiseptiques rigoureuses, des opérations mêmes simples telles que des examens, dilata-

tions, cathétérismes, et autres manipulations gynécologiques. Cette observation réalise une véritable expérience de laboratoire. C'est un cas très probant d'infection opératoire.

En effet, brusquement à la suite de l'introduction *faite en ville* dans la cavité utérine d'un crayon malpropre, apparaissent tous les symptômes d'une infection purulente à point de départ utérin. Déjà quatorze ans auparavant la malade avait, à la vérité, éprouvé à la suite d'un accouchement quelques phénomènes douloureux du côté gauche, mais ils s'étaient rapidement dissipés et c'est en somme uniquement à titre de lésion ancienne ayant joué peut-être un rôle de cause prédisposante que nous rappelons cet antécédent. Cette fois ci l'infection fut si violente qu'en très peu de jours elle donna naissance à une collection purulente abondante qu'une incision vaginale permit d'évacuer. Mais quoi qu'en dise l'école de Lyon, et malgré l'autorité du professeur Laroyenne, ce mode de traitement des suppurations pelviennes, est notoirement insuffisant; un de nos anciens internes, M. Macquart, vient d'y insister à nouveau dans sa thèse, et nous nous proposons de reprendre ultérieurement l'étude de cette question; quoi qu'il en soit, notre observation démontre bien l'impuissance de ce mode de traitement, puisque vingt jours après cette incision, la malade venait à l'hôpital Pascal, où l'un de nous remplaçait M. Pozzi, demander une intervention radicale qui la guérit définitivement.

Il nous paraît important de faire remarquer l'abondance de la suppuration, la rapidité de son développement; l'absence de toute rémission, la marche continuellement progressive de la collection. C'est ainsi que font les suppurations pelviennes puerpérales ou traumatiques; sous ce rapport elles se ressemblent et c'est un point sur lequel on ne saurait trop insister. On sait aujourd'hui que l'agent pour ainsi dire pathogène de l'infection puerpérale est presque toujours sinon toujours le streptocoque. Or après un accouchement ou un avortement septique, on peut assister à trois formes de la fameuse fièvre puerpérale. Ou bien les frissons appa-

raissent le 3e jour après l'accouchement, augmentent sans cesse en intensité et en durée, précurseurs d'une péritonite puerpérale généralisée et promptement mortelle. Dans cette forme il y a des cas où l'infection streptococcique est généralisée d'emblée, avec foyers de suppuration disséminés. C'est la 1re forme et l'intervention chirurgicale est le plus souvent impuissante. Dans une 2e forme, les accidents sont moins aigus. S'agit-il d'une infection nouvelle ou arrêtée dans sa marche par une antisepsie relative, ou des adhérences anciennes ? Quoi qu'il en soit, elle ne dépasse pas les limites du petit bassin, et c'est alors qu'on assiste au développement de ces grands abcès pelviens d'origine métro-salpingienne, mais dont les parois ne sont qu'en partie formées par celles de la trompe ou des trompes dilatées et suppurées. C'est le cas que nous avons sous les yeux dans lequel il semble que l'infection non puerpérale, mais identique à la puerpérale, ait limité son processus à la trompe gauche qui avait été déjà touchée 14 ans auparavant.

Enfin, il faut noter une troisième forme encore plus atténuée dans laquelle le pus ne dépasse pas la cavité de la trompe, qui forme un pyosalpinx parfois unilatéral, donnant naissance à tous les troubles morbides d'une suppuration profonde et qui peut aboutir après de longs mois de souffrance soit à l'évacuation spontanée de l'abcès, soit à son dessèchement et à la guérison par atrophie de la trompe et dégénérescence parenchymateuse.

On comprend que dans ces différentes formes de suppurations puerpérales pelviennes, l'incision vaginale de Laroyenne soit totalement insuffisante. C'est là un point sur lequel je me propose de revenir ailleurs.

A peine dans certains pyosalpinx blennorrhagiques plus limités, mieux protégés par les adhérences filamenteuses résistantes qui sont le propre de l'infection à gonocoques, pourrait-on proposer cette incision. Pour nous, on doit, dans tous les cas de suppurations pelviennes étendues, c'est-à-dire non blennorrhagiques le plus souvent, on doit, lorsque

la poche est inénucléable, traiter ces suppurations comme nous avons fait dans notre cas par l'hystérectomie vaginale ou opération de Péan. Nous ne répéterons pas les arguments pour et contre dont les bulletins de la Société de chirurgie sont remplis, et nous renvoyons à l'article publié en avril 1891 dans la *Gazette hebdomadaire* par notre maître et ami M. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de Lourcine-Pascal ; nous dirons pour notre part que dans les cas analogues au nôtre et qui sont en somme assez rares, l'hystérectomie vaginale se trouve parfaitement justifiée.

Dans la première observation de la série l'hystérectomie s'imposait ; nous avons dit pourquoi tout à l'heure, l'étendue des lésions, leur nature, leur marche suraiguë justifiaient une intervention par les voies naturelles.

Lorsque nous vîmes la malade, après l'avoir minutieusement interrogée, avant tout examen nous étions déjà convaincus qu'il s'agissait d'une énorme suppuration ; il devait en être ainsi puisque déjà une incision vaginale avait amené l'évacuation de près d'un litre de pus et que malgré cette évacuation, les frissons, la fièvre avaient reparu, indiquant la formation d'une nouvelle collection purulente.

Au toucher on avait très nettement la sensation d'une poche énorme déprimant les culs-de-sac vaginaux, immobilisant l'utérus et perceptible par la simple palpation abdominale au point d'avoir donné au médecin qui nous conduisit la malade, l'illusion d'un plastron, et l'idée qu'il s'agissait d'un phlegmon du ligament large.

A peine le cul-de-sac de Douglas fut-il effondré qu'une première poche est rompue donnant issue à 500 gr. de pus affreusement fétide ; en poussant plus haut l'exploration digitale, nous rencontrâmes une seconde poche qui était d'un volume moindre que la première, mais qui renfermait également un pus très fétide. Elle fut crevée à son tour. L'opération était terminée, et le drainage parfaitement assuré par les voies les plus déclives, il ne restait plus qu'à faire le pansement. Des mèches de gaze iodoformée furent intro-

duites dans le vagin et portées aussi haut que possible au milieu du foyer qui se trouvait aussi largement ouvert par suite de l'ablation de l'utérus.

Dès le lendemain, l'amélioration de la malade s'accusait, la température tombait progressivement, et le 2e jour ne dépassait plus 37°. L'appétit augmentait à mesure que la fièvre baissait. 25 jours après, la malade quittait le service encore faible, sans doute, mais n'éprouvant plus aucune souffrance. Le résultat a été excellent et l'on peut affirmer qu'une laparotomie, alors même qu'un opérateur habile fût parvenu à vider les poches, une laparotomie, dis-je, n'aurait pas suffi à amener un drainage suffisant.

De plus, le danger de transporter les germes au delà des régions infectées, eût été certain. On peut se convaincre toutefois, comme nous le disions plus haut, combien les cas analogues sont rares, et combien après tout incomplète est l'hystérectomie vaginale qui laisse en place les poches, les annexes, en un mot une grande quantité de débris infectés qui peuvent à un moment donné être le point de départ d'une nouvelle infection.

La seconde hystérectomie vaginale que nous avons eu l'occasion de pratiquer également pour des lésions des annexes, chez la nommée R..., Jeanne, présente un intérêt particulier ; car cette opération fut complémentaire d'une laparotomie que notre maître et ami M. Pozzi avait faite le 20 juin 1891 et grâce à laquelle il avait extrait les annnexes des deux côtés, annexes très altérées, puisque d'une part il y avait une salpingite parenchymateuse à gauche, et d'autre part un pyosalpinx à droite. L'étiologie de cette double lésion semble très nettement blennorrhagique au début ; de plus, ainsi que l'un de nous l'a indiqué dans sa thèse, les lésions constatées après l'ablation des annexes étaient tout aussi caractéristiques de la blennorrhagie puisqu'il existait des adhérences résistantes anciennes ayant limité le processus de chaque côté. Les deux avortements sont également invoqués comme la conséquence de l'infection véné-

rienne, de plus l'évolution, la marche, les poussées douloureuses au moment des règles devenues très irrégulières, ces métrorrhagies qui durent un mois après la 2e fausse couche et qui se compliquent au moment où la malade approche de la date de ses époques d'une véritable pelvipéritonite; tous ces troubles pathologiques sont le cortège habituel des lésions blennorrhagiques des annexes.

Ce n'est pas ainsi que procède l'infection purulente puerpérale ou traumatique dont le type nous a été fourni par la malade de l'observation précédente, chez laquelle sans aucune rémission on voit évoluer une suppuration pelvienne de si grande abondance que par l'incision vaginale d'abord, par l'hystérectomie ensuite, ou évacue des litres de pus; quelle différence avec la marche des accidents chez la 2e malade?

Comme on peut s'en rendre compte, chez la nommée R..., il y avait un ancien pyosalpinx guéri ou tout au moins desséché, le récent pyosalpinx était formé par une petite poche que M. Pozzi put extraire sans la crever. On comprend combien dans ces cas la laparotomie présente d'avantage sur l'hystérectomie au point de vue de l'ablation totale des lésions.

Mais il est néanmoins un autre facteur dont il faut tenir compte; dans l'espèce la malade avait une existence pleine de dangers; infectée depuis longtemps, elle avait de la vaginite, de l'uréthrite, et de la métrite blennorrhagique; certes, après la castration que M. Pozzi lui avait pratiquée, castration suivie d'un traitement énergique de son utérus, curettage et injection iodées, cette femme aurait pu guérir; mais en s'exposant de nouveau à la contamination elle rendit illusoires ces divers actes opératoires, c'est pour cela que lorsque nous la vîmes de nouveau ayant encore une métrite et une vaginite blennorrhagique, il ne nous restait plus qu'à lui supprimer un organe devenu inutile et dangereux en ce qu'il lui servait de milieu de culture à l'infection gonococcique.

Nous n'hésitons pas à dire qu'en pareil cas et si on avait pu connaître avant la laparotomie l'étendue des lésions, et surtout prévoir la réinfection, on aurait peut-être été porté à pratiquer d'emblée chez cette malade une hystérectomie vaginale totale.

La troisième observation est pour ainsi dire la répétition de la 2e. Ici comme là, infection blennorrhagique constatée, soignée et guérie à Lourcine en tant que vaginite, mais il est probable que les lésions avaient déjà gagné l'utérus, car à sa sortie de l'hôpital, la malade, dont l'existence ressemblait beaucoup à celle de R..., Jeanne, devient enceinte, avorte, et fait de l'infection post-abortum et une phlébite du côté gauche; à ce moment la leucorrhée augmente et la malade accuse des douleurs dans le côté gauche; elle entre à Beaujon où on la traite pour une salpingite gauche; enfin en novembre 1889, elle vient à Lourcine puis à Pascal toujours pour la leucorrhée et aussi pour sa salpingite gauche. L'opération est pratiquée par l'un de nous le 1er mars 1890 et on constate un pyosalpinx ancien avec des adhérences multiples qui l'avaient limité à gauche. A droite, lésions récentes de salpingite aiguë.

Étant donné l'aspect des lésions, le pyosalpinx, etc., on est en droit de se demander si cette femme ne portait pas déjà une salpingite au moment de sa fausse couche, salpingite qui aurait alors facilité cette fausse couche qui a contribué plus tard au développement de l'infection post-abortum et de la phlébite consécutive, et certainement limité l'infection puerpérale à la trompe gauche déjà malade et adhérente. La suppuration du reste ne s'est pas étendue, elle s'est localisée et c'est là un type de l'infection mixte puerpéro-gonorrhéique décrite par l'un de nous dans sa thèse. La guérison fut complète, mais ici encore, cette femme infecta de nouveau son utérus, contracta une nouvelle blennorrhagie et M. Pozzi en lui enlevant ultérieurement l'utérus fit pour elle ce que nous avions fait pour la précédente. On peut donc se demander en présence de ces deux faits, si une des indica-

tions de l'hystérectomie vaginale ne se trouve pas réalisée dans l'uni ou la bilatéralité des lésions des annexes *avec utérus infecté, susceptible de se réinfecter,* si en un mot une femme portant un double pyosalpinx ou un pyosalpinx unique ou une grosse trompe parenchymateuse avec une métrite purulente invétérée ne doit pas subir d'emblée l'hystérectomie totale.

L'observation n° IV montre combien fréquentes sont les lésions des annexes après la blennorrhagie. On a accusé l'un de nous d'avoir transformé en règle ce qui n'est qu'une exception. La blennorrhagie,lui a-t-on objecté, ne détermine qu'exceptionnellement de la péritonite. Sans doute si sous ce nom on doit comprendre la péritonite généralisée, la grande péritonite ; or, une telle péritonite est rare après la blennorrhagie, mais la péritonite localisée sèche, analogue à la pleurésie sèche localisée, est très fréquente et pour ainsi dire est la règle après la blennorrhagie chez la femme.

Il semble en vérité que les lésions ascendantes de la gonorrhée féminine ne soient que fort peu redoutées par le médecin qui traite la vaginite et la métrite. Or, ces lésions sont aussi redoutables que peu redoutées.

Il nous paraît indispensable de dire à ce propos qu'en présence d'une femme atteinte de lésions blennorrhagiques au début, vaginite et métrite cervicale, on ne saurait trop insister sur le traitement préventif des lésions ascendantes. A Lourcine, on les connaît bien ces cas si nombreux, dans lesquels on voit une femme ou mieux une jeune fille ayant été récemment déflorée, venir consulter parce que, dit-elle, quelques jours après le premier coït, il lui est survenu un écoulement blanc verdâtre avec cuisson, chaleur, etc., ardeur en urinant.

Ce sont ces cas qui doivent être traités avec la dernière énergie et lorsque, ce qui est fréquent, l'utérus est pris à son

(1) CHARRIER. *De la péritonite blennorrhagique chez la femme.* Steinheil, 1892.

tour, où en même temps lorsqu'on voit cette petite ulcération siégeant aux deux lèvres du col et donnant à l'orifice du museau de tanche l'aspect d'un méat urinaire enflammé par une blennorrhagie récente et intense, c'est alors qu'il faut s'acharner à faire disparaître les traces d'une infection récente qui ne demande qu'à s'étendre et à monter; il faut, on doit faire chez la femme le traitement abortif de la blennorrhagie, se souvenir qu'en laissant les jours s'écouler on perd de plus en plus les quelques chances que l'on a d'enrayer le mal à son début.

Nous ne saurions trop le répéter, chaque époque menstruelle survenant chez une blennorrhagique est une étape favorable franchie par les organismes infectieux qui trouvent à ce moment des raisons nombreuses de se multiplier et de gagner le corps de l'utérus et la muqueuse tubaire.

Dans l'observation dont nous parlons, nous insistons sur la précision du diagnostic porté par l'un de nous, suppléant M. Pozzi, d'ovarite suppurée à l'exclusion des lésions salpingiennes autres que des lésions catarrhales.

Cette précision ne put être obtenue sans doute que sous le chloroforme, que nous employons constamment à l'hôpital Pascal, mais néanmoins il n'en est pas moins intéressant de voir combien on peut par des examens répétés arriver à une notion exacte de la nature et de l'étendue des lésions. Beaucoup de chirurgiens préfèrent à la vérité, à l'examen clinique la laparotomie exploratrice; il n'est pas besoin de démontrer combien à tous égards il est préférable de savoir porter le diagnostic des lésions intra-abdominales, à ventre clos.

L'observation V est encore un exemple de lésions consécutives à l'infection gonococcique. Nous ne répéterons pas ce que nous avons déjà dit, c'est-à-dire qu'il existait des adhérences considérables très résistantes, vestiges de la péritonite ou mieux de la périmétro-salpingite qui avait suivi l'infection utérine et tubaire. Nous n'insisterons pas davantage sur la petite quantité de pus contenu dans les trompes.

qui est encore un des caractères du pyosalpinx à gonocoque ; ce que nous voulons mettre en lumière, c'est l'inutilité du curettage dans la métrite blennorrhagique, surtout avec lésions tubo-ovariennes concomitantes. Même lorsque les trompes sont intactes, nous pensons que le curettage seul ne suffit pas à guérir la métrite blennorrhagique. Pour nous les injections de teinture d'iode, le drainage de l'utérus, les lavages intra-utérins répétés avec une solution de nitrate d'argent faible 1/500, ou au permanganate de potasse 1/400, nous paraissent des moyens autrement efficaces ou tout au moins doivent être employés après le curettage, si l'on veut obtenir une guérison définitive.

Pour revenir à l'observation V, trois curettages furent pratiqués en vain. Il fallut faire la laparotomie et les adhérences compliquèrent l'opération. Ajoutons qu'il a été publié cette année plusieurs observations dans lesquelles le curettage pratiqué chez des femmes ayant les annexes malades, on a vu cette opération si bénigne être suivie de mort, probablement par rupture de poche dans le péritoine et péritonite généralisée consécutive. Le curettage dans le cas de lésions des annexes peut cependant donner d'excellents résultats à la condition que les lésions soient légères. L'un de nous a été l'un des premiers à appliquer cette méthode en 1887, à l'époque où toute altération des annexes était considérée comme une contre-indication au curettage par la majorité des chirurgiens (Voir Saintu, thèse doctorat, 1888). Ajoutons que nous fîmes chez cette malade une tentative d'extraction des annexes par le vagin et qu'un seul ovaire put être extirpé.

Cette observation se trouve relatée dans la thèse que l'un de nous a inspirée à son élève Bonnecaze. Ce travail, où nous montrions le premier en France l'utilité de l'intervention par la voie vaginale dans le cas de pyosalpinx, est bien antérieur au travail de M. Péan sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale et au moment où cette thèse parut, ce mode de traitement sembla impraticable

et en tout cas bien inférieur à la laparotomie. Depuis, M. Péan a admis que dans le cas de lésion unilatérale après l'ouverture du cul-de-sac, on devait préférer l'ablation de la trompe à l'hystérectomie.

L'observation VI, B..., Marie, appartient encore à l'infection blennorrhagique; l'absence de tout traitement lorsque les premières pertes blanches se montrèrent, permirent à l'infection blennorrhagique de gagner les annexes; la trompe du côté droit fut prise la première, puis celle du côté gauche.

En l'opérant nous fûmes encore frappés des adhérences résistantes qui rendirent périlleuse l'extraction des annexes gauches les plus récemment prises et impossible celle des annexes droites, qui adhéraient tellement à l'intestin qu'on n'aurait pu les enlever sans le déchirer. Les tuniques externe et moyenne de l'S iliaque avaient d'ailleurs été enlevées avec les annexes gauches et nous fûmes obligés de faire une suture intestinale quoique la tunique muqueuse n'eût pas été intéressée. Il est certain, en outre, que l'hémorrhagie qui résulta de ces manœuvres et de la rupture du pédicule insuffisamment lié, quoique arrêtée par un surjet, avait prolongé l'opération et rendu l'ablation des lésions de droite encore plus dangereuse.

L'union de l'intestin avec les deux tumeurs salpingiennes était si intime, qu'on peut se demander si primitivement et uniquement blennorrhagique au début, la suppuration des trompes ne s'est pas transformée et s'il n'y a pas eu à travers le tissu une infection secondaire d'origine intestinale. Cette idée nous est suggérée par les suites opératoires, malgré le lavage du péritoine, malgré le drainage de Mickulicz, double précaution à laquelle nous devons à notre idée la vie de la malade, malgré le pansement fait chaque jour; le 4e jour après l'opération une infection pleuro-pulmonaire probablement métastatique eut lieu et une vomique fit rendre à la malade du pus roussâtre. La malade guérit néanmoins.

De tels faits sont si rares dans les cas purement blennorrhagiques, que nous nous demandons, en regrettant de ne

pas avoir fait examiner le pus, s'il ne s'agissait pas dans ce cas d'une double salpingite suppurée primitivement gonorrhéique, ayant été ensuite infectée par le voisinage de l'intestin et envahie soit par le bacillus coli, soit par le streptocoque.

L'observation VII ouvre la série des infections salpingiennes d'origine purement puerpérale. La nommée M. Robert a eu 4 grossesses à terme, 2 fausses couches. Son dernier accouchement est de tous celui qui a été le plus sérieusement marqué par une infection nette survenant le 3e jour avec frissons, etc.

Cependant déjà la malade avait eu des douleurs et il est vraisemblable qu'il existait plus ou moins des lésions salpingiennes dues aux accidents puerpéraux légers mais antérieurs. Depuis lors les douleurs n'ont pas cessé. La malade a même constaté l'apparition d'un empâtement profond sous forme de tumeur venant faire saillie au pli de l'aine puis disparaissant, — due sans doute à de la périsalpingite de voisinage. Plastron abdominal.

L'opération montra combien différentes sont les lésions de ce genre d'avec celles observées dans les cas précédents. On ne saurait trop insister sur la communication de l'ovaire et de l'S iliaque, qui fut l'origine d'une fistule intestinale post-opératoire; il est vraisemblable qu'à un moment donné la malade a dû rendre dans ses selles une quantité de pus plus ou moins grande, ce qui expliquerait la disparition de la tumeur venue au pli de l'aine. Insistons sur l'unilatéralité de la lésion, ce qui est absolument l'exception dans la blennorrhagie et disons pour terminer nos réflexions sur ce cas qu'il y a eu infection puerpérale répétée post-partum et post-abortum, qu'une suppuration plus ou moins étendue s'est évacuée spontanément dans l'intestin, qu'il n'y avait pas dans ce cas ces adhérences protectrices de la blennorrhagie, que le processus à un moment donné avait simulé un phlegmon iliaque, que les annexes de l'autre côté étaient saines.

Enfin la fistule intestinale fut traitée et guérie ultérieurement par M. Pozzi lorsqu'il reprit possession du service.

L'observation VIII, Victorine N..., est non moins probante. L'infection puerpérale se produisit après plusieurs accouchements, et aboutit en juillet 1891 à une poussée péritonitique qui laissa la malade très souffrante jusqu'en octobre où elle entra à Pascal, — douleurs dans le ventre, pesanteur, fièvre, etc. Aussitôt que nous pûmes l'examiner, nous trouvâmes le fameux plastron abdominal qui est la signature du phlegmon du ligament large, lequel existe rarement à l'état de phlegmon vrai entre les lames du ligament et seulement dans la puerpéralité. L'observation démontra qu'il s'agissait surtout de périmétro-salpingite étendue et suppurée en plusieurs endroits reconnaissant pour cause un pyosalpinx de la grosseur d'un gros œuf.

Il est bon d'insister sur la périmétro-salpingite suppurée, sur cet abcès périsalpingien, car il n'en existe presque jamais en dehors de la puerpéralité, et aussi sur les lésions unilatérales, qui existaient encore seulement à droite. A gauche, l'ovaire et la trompe paraissaient sains et ont été laissés en place.

Dans le cas précédent et dans celui-ci, les partisans de l'hystérectomie pour grandes suppurations pelviennes n'auraient manqué d'enlever l'utérus. Or, cette opération était plus que contestable. L'ovaire et la trompe chez notre dernière malade étaient sains, aussi les avons-nous laissés en place et la malade est venue accoucher à la maternité Baudelocque en octobre 1892.

Il est évident que de pareils faits emportent avec eux la conviction : ils démontrent combien notre maître et ami M. Pozzi était bien inspiré, quand à la Société de chirurgie il s'est levé seul pour proclamer la supériorité de la laparotomie qui permet de se rendre compte *de visu* de l'état des lésions et de n'enlever que les organes malades en laissant en place ceux qui semblent sains ou susceptibles de guérison.

L'observation IX est un fait analogue au précédent, au

moins au point de vue de son origine nettement puerpérale.

Je ne veux insister que sur un cas qu'ont exploité les partisans systématiques de l'hystérectomie, à savoir l'impossibilité d'énucléer la poche purulente. Ne pouvant y parvenir dans notre cas, nous avons gratté à la curette la face interne de la poche; un drain de Mickulicz a été placé dans son intérieur. La malade a guéri sans fistule. Le fait me paraît assez significatif et digne d'être relevé.

Dans le cours de cette étude, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'opposer la laparotomie à l'hystérectomie vaginale.

Sans être opposé à cette méthode de traitement, nous pensons qu'elle doit avoir ses indications et qu'on ne saurait l'appliquer d'une façon systématique à tous les cas.

Excellente dans certaines circonstances que nous avons précisées au début de ce travail, où elle constitue un véritable progrès, nous pensons qu'elle ne saurait constituer qu'une méthode d'exception et que dans la grande majorité des cas elle doit céder le pas à la laparotomie.

Nous avons, du reste, l'intention de reprendre ultérieurement l'étude du parallèle entre les 2 opérations.

DES PROCESSUS CURATIFS APRÈS LAPAROTOMIE DANS LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE BACILLAIRE

Par **Bumm** (1)

L'auteur confirme d'abord qu'on a, d'une manière indiscutable, observé des guérisons réelles et définitives, après laparotomie, dans la tuberculose péritonéale, bacillaire. Il examine ensuite les explications diverses que l'on a données de la guérison dans ces cas.

---

(1) *Aus den Sitzungsberichten der Würzburger Physik.-med. Gesellschaft*, 1898. Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE

En terminant, il donne communication d'un certain nombre de recherches qu'il a faites sur des préparations obtenues, au cours d'une laparotomie, dans l'observation suivante :

Obs. — Femme âgée de 40 ans, sans tare héréditaire. Épanchement péritonéal abondant. Tuberculose du péritoine. *Laparotomie*. L'incision abdominale permet l'évacuation d'environ 3 litres de liquide. Le péritoine, autant qu'il peut être examiné, paraît en totalité semé de nodosités blanchâtres, miliaires. Après excision d'un morceau de la séreuse pariétale, dessiccation, au moyen d'éponges, aussi complète que possible de tous les interstices et poches de la cavité abdominale, et pulvérisation iodoformée légère, on ferme le ventre. Suites opératoires absolument apyrétiques, pas de phénomènes réactionnels.

L'examen microscopique du fragment de séreuse excisé, révèle un dépôt abondant de nodosités sub-miliaires, qui présentent la structure caractéristique du tubercule jeune (cellules géantes, éléments épithélioïdes). Mais, en dépit de l'emploi des méthodes diverses de coloration, les recherches restent absolument négatives quant au bacille tuberculeux.

La femme vient se faire examiner de nouveau 8 semaines après la laparotomie ; à ce moment, son état est le suivant : une partie des canaux de sutures, au niveau de la plaie abdominale, sont transformés en ulcères cutanées tuberculeux. Les uns sont en partie recouverts de croûtes, et laissent sourdre, en assez grande abondance, un liquide séreux, qui provient d'une tumeur longitudinale, bien limitée, répondant à la paroi abdominale antérieure. Le pus qui s'échappe des ulcères et la sérosité contiennent des bacilles tuberculeux, dont la présence est aisément mise en évidence.

On fait une injection de tuberculine de Koch. La réaction survient, et s'accompagne d'une fièvre vive, qui se prolonge 4 jours. La fièvre tombée, on incise l'exsudat enkysté, et l'on évacue encore environ 1/2 litre de liquide. Les parois de la cavité sont semées de nodosités blanches, et son isolement

de la cavité abdominale est réalisé par des adhérences d'anses de l'intestin grêle et de portions de l'épiploon. Les parties accolées cèdent à de faibles tractions. On incise encore un fragment de séreuse pariétale, en un de ses points situé au voisinage de l'adhérence et qu'on a dénudé. Ce fragment est mis de côté pour être examiné. Les ulcérations de la paroi abdominale sont raclées et saupoudrées d'iodoforme.

La guérison se fait sans le moindre accident, et elle reste définitive, comme le témoigne un double contrôle fait en l'espace d'un an et demi.

Sur le fragment de séreuse, pris au cours de la deuxième incision, on aperçoit les nodosités tuberculeuses encore bien limitées. Elles sont farcies de cellules rondes, qui siègent dans un tissu cellulaire assez abondant, et paraissent nettement atrophiées. Quelques-unes sont comme étranglées par du tissu connectif solide et d'apparence cicatricielle, les cellules centrales, géantes, offrent tous les stades de la dégénérescence. Pas de bacilles tuberculeux constatables.

Si les résultats de cette observation se trouvaient confirmés ultérieurement, on devrait dire : que *la guérison de la tuberculose péritonéale s'opère par infiltration de cellules rondes et par transformation cicatricielle des nodosités.* Cellules géantes et éléments épithéliaux du tubercule meurent.

L'explication de l'action heureuse de l'incision abdominale consiste à trouver les raisons, en vertu desquelles, dans la marche naturelle de la maladie, et en l'absence de la laparotomie, la réaction de l'organisme, l'infiltration cellulaire, l'enkystement, et l'atrophie des nodosités font défaut ou ne s'accomplissent que lentement, tandis que ces divers processus évoluent avec rapidité après laparotomie.

Or, on ne peut imaginer que deux choses : ou bien c'est l'irritation du péritoine, liée à l'intervention chirurgicale qui accélère l'évolution de ces divers processus, ou bien c'est l'évacuation de l'exsudat qui agit heureusement dans le même sens. L'auteur se prononce en faveur de cette dernière hypo-

thèse, et il attache aussi une certaine importance, moindre cependant que celle accordée par d'autres auteurs (Fritsch, etc.), à la restauration des conditions normales de la circulation et de la résorption. Le facteur capital de la guérison, il le voit dans la suppression de l'exsudat, qui contient les produits des bacilles tuberculeux, qui affecte le tissu délicat du péritoine altéré, et peut influer défavorablement sur la conglomération des leucocytes et la transformation cicatricielle du tissu connectif.

Bumm recommande de s'efforcer, dans la laparotomie, d'évacuer complètement tout le liquide, d'assécher soigneusement la cavité abdominale et même d'assurer, au moyen d'une bande de gaze placée au niveau de l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen, l'écoulement de toute exsudation nouvelle pendant les premiers jours qui suivent l'intervention.

REVUE CLINIQUE

SUR UN CAS D'INFECTION D'UN NOUVEAU-NÉ; CONTAGION DIRECTE PAR LE PUS D'UN PANARIS ANTRHACOIDE SIÉGEANT AU DOIGT DE LA MÈRE. MORT A LA SUITE DE LYMPHANGITE GÉNÉRALISÉE A FORME ÉRYSIPÉLATEUSE

Par le Dr **Toujan**,
Accoucheur de l'Assistance publique à Toulouse.

Le 9 novembre 1891, j'assistais Mme C..., âgée de 28 ans, demeurant à Toulouse, mariée et déjà mère de trois enfants.

La parturiente était bien conformée, ses trois accouchements antérieurs avaient été normaux.

Cette fois, les douleurs parurent à 8 heures du soir, la dilatation commença vers onze heures pour se terminer à 7 heures du matin et l'enfant se présenta en O. I. G. A., rotation non terminée.

A dix heures, sans aucun incident, la délivrance était achevée. L'enfant, du sexe féminin, était superbe.

Les suites de couches furent très heureuses, le thermomètre ne dépassa pas 37°,5.

Au moment de son accouchement, Mme C... était affectée d'un panaris anthracoïde en voie de guérison, mais laissant encore suinter une petite quantité de pus.

Je lui fis les recommandations les plus sérieuses au sujet du danger qu'il y avait de mettre ce pus en contact avec sa fille.

Son doigt fut plongé toutes les deux heures dans une solution d'acide phénique à 25 grammes pour mille mélangé avec une quantité d'eau bouillie maintenue à 45°.

Il fut ensuite recouvert d'une compresse humide de coton boriqué trempée dans de l'eau phéniquée.

Le pansement du cordon ombilical, chez l'enfant, fut rigoureusement fait dans toutes les conditions d'asepsie désirables. Du coton boriqué fut maintenu sur l'ombilic, même après la chute du cordon.

Malgré les précautions prises du côté de la mère, j'avais invité cette dernière à faire faire la toilette de sa fille par une tierce personne.

Sa situation matérielle ne lui permit pas de profiter de mes observations réitérées.

Mme C... ne continua plus à faire le pansement de son doigt, se livra à ses occupations de ménage et le panaris suppura comme par le passé. L'inflammation a envahi dans peu de jours la gaine du tendon du fléchisseur du pouce jusqu'à l'éminence thénar.

Le dix-huitième jour après l'accouchement, je trouvai l'enfant dans un état inquiétant : peau chaude et sèche; langue blanche et saburrale ; yeux caves et selles verdâtres ; la mère me déclara en outre, qu'elle ne voulait plus prendre le sein et qu'elle se plaignait constamment.

Je l'examinai : la région hypogastrique, les grandes et les petites lèvres, le périnée et l'anus étaient le siège d'un érythème intense.

Le pouls était fréquent et la température rectale s'élevait à 39 degrés 7 dixièmes.

J'instituai aussitôt un traitement local : lavages et compresses à l'eau boriquée sur les parties malades que l'on recouvrait, en outre, d'un glycérolé au salicylate de soude sous une enveloppe de coton boriqué, le tout étant recouvert de taffetas gommé.

Je prescrivis de renouveler les lavages et les compresses chaque fois que l'enfant avait souillé ses linges d'urine ou de matières fécales.

Le 28, la température rectale est à 40 degrés.

La mère continue, comme par le passé, de faire la toilette de son enfant. Les grandes et les petites lèvres de cette dernière sont fortement œdématiées, atteignent le volume de celles d'une fille de 18 ans. Elles sont douloureuses à la pression, dures, pareilles à celles du sclérème des nouveau-nés.

Le long des cuisses se trouvent des cordons durs, sinueux, s'étendant sur toute la longueur de la face interne de la cuisse ; à ce niveau la peau était d'un rouge intense ; les ganglions inguinaux engorgés ; ces cordons correspondaient incontestablement au trajet des vaisseaux lymphatiques engorgés.

J'ai évidemment affaire à une lymphangite intense et généralisée.

Le 29. Les grandes et les petites lèvres sont moins rouges et moins volumineuses. L'enfant tette mieux que la veille. L'érythème semble disparaître de cette région : en revanche, les cuisses et les parties postérieures ainsi que les pieds sont envahis.

Température rectale, 40 degrés.

L'enfant continue à prendre le sein. Je déclare décliner toute responsabilité, si Mme C... continue à soigner elle-même son enfant.

Traitement. — Badigeonnage toutes les deux heures des régions lymphangitiques avec :

Salicylate de soude........................ 5 gr.
Glycerine.................................. 100 gr.

Le 30. L'érythème a complètement disparu des membres inférieurs. Les organes génitaux externes sont moins douloureux mais [illegible]. La rougeur a envahi la dépression ombilicale et les [illegible].

L'enfant est abattue, elle refuse de nouveau le sein, le facies est terreux, le pouls fréquent, les lèvres amincies : la langue rouge au bord, sale au milieu ; la petite malade a diminué de [illegible] gr. depuis le début de sa courte maladie.

[illegible] et semble s'éteindre lentement.

Température rectale [illegible]. Pouls [illegible] à peine perceptible et [illegible].

Le [illegible]. L'enfant meurt à sept heures du matin, victime

d'une contagion indiscutable ayant provoqué une lymphangite intense et généralisée

Voici quelle a été dans ce cas, à mon avis, la genèse des accidents qui ont entraîné la mort de l'enfant.

La mère porte à son doigt un panaris anthracoïde, affection qui reconnaît pour agent virulent le staphylocoque doré. Elle ensemence sur la peau excoriée et humide des fesses de son enfant le microbe pathogène. Absorption immédiate par les voies lymphatiques ouvertes et lymphangite qui va se généralisant.

Cette lymphangite ressemblait en bien des points à l'érysipèle, mais elle en différait au point de vue clinique, par une allure plus lente, par une coloration moins violacée des téguments atteints et par l'existence des cordons lymphangitiques. Au point de vue étiologique, tout doute était dissipé.

Pour produire l'érysipèle, il aurait fallu que la mère ensemençât le streptocoque, mais elle aurait été la première victime par infection puerpérale. Elle a simplement transmis le staphylocoque de son panaris et l'enfant a succombé à une lymphangite à forme érysipélateuse et que nous pouvons appeler staphylococcienne.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Procédé d'Herzfeld pour l'extirpation totale de l'utérus.

Le procédé d'extirpation totale de l'utérus par la voie sacrée (1) que décrit et que conseille avec trois observations à l'appui, Herz feld, diffère de ceux de Kraske, d'Hochenegg et de Zuckerkandl, et par les considérations anatomiques sur lesquelles il est basé et par le mode opératoire qui met la séreuse péritonéale à l'abri de toute infection.

(1) KARL AUG. HERZFELD. Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus. *Centralblatt für Gynäkologie*, Leipzig, 1893, nº 2, p. 17.

Le sujet étant placé dans le décubitus latéral gauche, on pratique une incision courbe un peu convexe à gauche, partant de l'épine iliaque postéro-inférieure et longeant la crête sacrée médiane pour aboutir à 1 centimètre de l'ouverture anale dans le sillon interfessier ; l'incision doit comprendre toutes les parties molles de façon à mettre à nu le coccyx et les deux dernières vertèbres sacrées. Par pression sur l'extrémité mobile du coccyx, on fait saillir l'articulation sacro-coccygienne que l'on ouvre : on enlève le coccyx, on rugine les insertions du sacrum, des deux ligaments sciatiques et l'on pratique avec la cisaille la résection de l'extrémité inférieure du sacrum sans dépasser en hauteur le dernier trou sacré. Il est inutile d'aller plus loin.

Le fascia prévertébral, qui se présente alors au fond de la plaie, est incisé dans toute sa longueur, sur une sonde cannelée : on place des ligatures sur quelques artérioles, d'ailleurs peu importantes, émanées des hémorrhoïdales inférieures.

On aperçoit alors le *bord droit du rectum*, le reste de cet organe, dans sa portion inférieure se trouvant à gauche de la plaie.

Comme le fait remarquer Herzfeld, la différence de sa méthode d'avec les opérations similaires, consiste essentiellement :

1° A restreindre la résection du sacrum;

2° A aborder le rectum par son côté droit.

Un des avantages de cette dernière manœuvre est de trouver plus facilement le vagin dont la portion supérieure se trouve déviée à droite et se distingue facilement du rectum par sa coloration d'un blanc brillant.

A ce moment de l'opération, on peut avec le doigt séparer l'un de l'autre le vagin et le rectum, ou encore introduire un doigt dans la cavité vaginale, le faire saillir en arrière pour déterminer la situation du cul-de-sac postérieur.

Le péritoine qui forme la cavité de Douglas est pincé et incisé à ce niveau entre deux pinces ; l'incision est agrandie avec des ciseaux, à droite et non à gauche à cause de la présence du rectum ; à travers l'ouverture péritonéale ainsi pratiquée le doigt recourbé en crochet va à la recherche du fond de l'utérus qu'il bascule et ramène avec les annexes à travers les lèvres de la plaie, assez en arrière pour rendre visible le cul-de-sac vésico-utérin.

Cette recherche du cul-de-sac de Douglas, considérée par Ho-

chenegg comme très pénible et comme réclamant un temps très long, Herzfeld la dit très facile et très rapide ; la divergence d'opinion tient simplement au mode opératoire. Si l'on suit la méthode de Kraske et d'Hochenegg on tombe sur le bord gauche du rectum qu'on est obligé de récliner à droite, si bien que le méso-rectum entraîné par ce mouvement repose sur le sommet de la cavité de Douglas et le cache ; que l'on ajoute à cette disposition anatomique la situation désavantageuse de l'opérée, la pression atmosphérique qui refoule profondément le péritoine et l'opinion d'Hochenegg est parfaitement justifiée.

Mais si l'on opère à droite, le rectum ne gêne plus par sa présence (étant, pendant toute l'opération, à gauche du champ opératoire) et le cul-de-sac ne peut manquer d'être trouvé et d'être trouvé très vite. Dans sa première observation, Herzfeld n'a pas mis plus de dix minutes depuis le commencement de l'opération jusqu'à l'ouverture du péritoine.

Les organes pelviens ayant été réclinés en arrière à travers les lèvres de la plaie cutanée, on fait la ligature des ligaments larges, comme dans la laparotomie, c'est-à-dire avec des fils de soie placés sur les côtés de l'utérus avec une aiguille de Deschamp : les fils seront au nombre de trois et espacés de façon que le plus inférieur réponde à l'insertion vaginale de l'utérus ; on coupe aux ciseaux la partie comprise entre l'utérus et les ligatures jusqu'à la dernière, de sorte que l'organe n'est plus maintenu en place que par sa continuité avec le vagin.

Ceci fait, on incise avec le bistouri le péritoine, sur la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du col, suivant une ligne assez bien figurée par les insertions du péritoine à ce niveau ; on décolle la partie antérieure du col de la vessie à laquelle il n'est uni que par du tissu cellulaire très lâche ; on met ainsi à nu la paroi antérieure du vagin.

Avant d'en arriver à l'opération relative au néoplasme, c'est-à-dire à l'extirpation des organes, on rend ces derniers extra-péritonéaux en suturant l'une à l'autre la lèvre antérieure de la plaie faite au niveau du cul-de-sac vésico-utérin à la lèvre postérieure de l'ouverture de la cavité de Douglas. La suture à direction transversale ferme le bassin. Ce procédé qui a l'avantage de soustraire la cavité péritonéale à l'action des matières cancéreuses, et des liquides vaginaux, qui ne manqueraient pas de s'y introduire

lors de la section du néoplasme, est d'une facile exécution, le temps s'écoulant depuis l'ouverture du péritoine jusqu'à son occlusion n'étant pas de plus de 10 minutes.

Avant de pratiquer l'extirpation, on devra encore lier les vaisseaux utérins dans leur portion horizontale : les artères utérines, outre les ramifications hélicines qu'elles fournissent au col et au corps, donnent naissance à un gros tronc qui s'épuise dans la partie supérieure du vagin : placer une ligature à l'endroit dit plus haut, c'est-à-dire avant la bifurcation de ce vaisseau, c'est rendre la section du vagin qui suivra absolument exsangue.

Il ne reste plus, pour achever l'opération, qu'à sectionner l'utérus et à suturer suivant le procédé de Lembert l'ouverture du vagin, en ayant soin de rehausser la muqueuse dans la lumière du conduit.

La plaie cutanée, dans la portion où le squelette a été enlevé (portion dont l'étendue n'a pas plus de 3 centimètres), a la forme d'un entonnoir dont la partie amincie répond à la suture vaginale.

Cet entonnoir de trois centimètres de profondeur environ, devra être tamponné légèrement avec de la gaze iodoformée ; les bords de la plaie seront rapprochés en ménageant toutefois une ouverture par laquelle sortira un tampon de gaze servant de drain.

Les observations que publie Herzfeld ont trait toutes trois à des carcinomes utérins avec des propagations à la partie supérieure du vagin dans le premier cas et développement excessif de l'utérus dans les deuxième et troisième cas ; de ce fait, ces deux derniers n'étaient pas justiciables de la voie vaginale pas plus que le premier, de la voie abdominale ; en outre dans les deux derniers cas il y eut lors de la section de l'utérus, une irruption de matières fétides qui eussent dans une laparotomie, sûrement produit une infection sinon septique, au moins néoplasique de la séreuse.

Herzfeld termine son travail en disant qu'il est deux procédés de choix pour l'extirpation totale : la voie vaginale, pour les cas où l'utérus et ses annexes sont absolument mobiles et les dimensions de l'organe pas trop exagérées ; pour tous les autres cas il conseille la voie sacrée telle qu'il l'a décrite, c'est-à-dire : 1° recherche et ouverture du péritoine à droite du rectum ; 2° extraction de l'utérus après fermeture du péritoine que l'on ne laisse ouvert que pendant un temps très court. PAUL CABOCHE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

5e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Breslau du 25 *au* 27 *mai* 1893.

De la symphyséotomie.

Rapport de Zweifel (de Leipzig).

Le résumé de ce rapport, donné par le *Centralblatt*, étant très écourté, nous le complétons par l'analyse détaillée du mémoire de Zweifel, publié in extenso dans le numéro du 15 mai des *Schmidt's Jahrbücher* (p. 197 à 217).

Après un long chapitre historique qui n'offre pas d'intérêt pour nos lecteurs édifiés sur ce point, Zweifel expose d'abord sa pratique personnelle.

Ayant fait, du 27 septembre 1892 au 23 mars 1893, 10 symphyséotomies, il résume les indications de chacune de ces opérations :

1er *Cas*, publié ici même : La femme avait eu déjà 7 accouchements à terme et chaque fois une intervention avait été nécessaire (6 versions, 1 forceps). Un seul des enfants, le 3e, né prématurément et spontanément à 8 mois, était encore en vie. Tous les autres mort-nés. Comme elle voulait tout faire pour avoir cette fois un enfant vivant, elle se décida à venir à la clinique pour se soumettre à l'opération césarienne (1).

2e *Cas* : Le bassin était un bassin plat généralement rétréci à un haut degré ; la femme était rachitique, n'avait marché qu'à 2 ans et mesurait 1m,40. A son premier accouchement il avait fallu faire la crâniotomie. Les suites de couches avaient été fébriles et la femme avait dû garder le lit 4 semaines.

Conjugué vrai 70 millim. Symphyséotomie le 13 novembre 1892, après 10 heures de travail ; application de forceps au détroit supérieur ; plus tard, application du forceps de Nægele sur la tête engagée. Enfant vivant de 3,200 gr. Bipar. 90. Mère guérie.

3e *Cas* : 2 accouchements antérieurs ; le 1er spontané après 10 heures de violentes douleurs, enfant vivant, petit ; le 2e ter-

(1) Voir l'observation in extenso dans les *Annales de Gyn.*, avril dernier.

miné à la clinique de Zweifel par l'opération césarienne. Le bassin était aplati et généralement rétréci. Diamètre promonto-pubien 85 millim. Taille 1m,42. Après être restée chez elle en travail pendant 12 heures, elle vint à la clinique pour se faire accoucher par l'opération césarienne. L'enfant était très gros et présentait le sommet. Symphyséotomie le 7 décembre 1892, après 15 heures de travail ; forceps au détroit supérieur. Enfant vivant de 3,500 gr. Bipariétal 90. Mère guérie.

4e *Cas* : 1er accouchement le 2 janvier 1892; version, enfant mort. Entrée en travail de son second accouchement le 28 janvier 1893 au matin à 4 heures. La tête restant très élevée, un médecin fut appelé et, n'ayant pas d'instrument pour faire la crâniotomie, dirigea cette femme sur la Clinique. Elle présentait à son entrée des symptômes alarmants : utérus tétanisé, anneau de contraction à un travers de main au-dessus de la symphyse, palper impossible; on entendait les battements du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic.

Le danger d'une rupture utérine était si grand, l'état de la femme si pitoyable qu'elle fut endormie au chloroforme avant même de pratiquer l'examen afin de diminuer l'intensité des contractions. Comme l'enfant vivait encore, la symphyséotomie fut pratiquée 10 heures après le début du travail. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant vivant de 3,700 gr. Bipariétal, 100. Mère guérie.

5e *Cas* : 4 accouchements antérieurs ; le premier terminé par le forceps, enfant vivant; le 2e très lent, spontané, enfant mort; le 3e spontané, enfant mort; le 4e terminé par la version et l'extraction, enfant mort. Lors du 5e accouchement, malgré des douleurs violentes durant depuis 13 heures la tête ne pénétrait pas dans le bassin. L'orifice était presque complètement dilaté, la tête difficilement mobile, le liquide amniotique vert, de telle sorte que la version offrait peu de chances de sauver l'enfant. Conjugué vrai, 77 millim.

On ne pouvait qu'attendre la mort de l'enfant pour pratiquer la perforation, ou faire la symphyséotomie pour sauver la mère et l'enfant, ce qui fut fait. Après symphyséotomie, on laissa la tête s'engager seule ; il fallut terminer par une application de forceps basse. Enfant vivant de 3,800 gr. Bipariétal 97 millim. Mère guérie. Conjugué vrai, 85 millim.

6e *Cas*. La femme avait accouché 2 fois spontanément d'enfants vivants après un travail de longue durée. Bien que le bassin ne fût pas très étroit (conjugué vrai, 85 millim.), l'enfant était *très gros*, la tête élevée au-dessus du bassin en obliquité de Nægele.

Le travail durait depuis 6 heures avec des contractions intenses revenant toutes les 2 minutes et d'une durée de 30 secondes. Liquide amniotique vert, bruits du cœur modifiés. Symphyséotomie et application de forceps après engagement de la tête. Enfant vivant de 3,840 gr. Bi-pariétal, 95 millim. Mère guérie.

7e *Cas*. 3 accouchements antérieurs ; le 1er terminé par crâniotomie ; le 2e par le forceps, enfant mort ; le 3e par crâniotomie. Elle était en travail depuis 36 heures. Conjugué vrai, 80 millim.

L'orifice utérin était complètement dilaté. Après section de la symphyse, l'accouchement se termine spontanément en 3 heures. Enfant vivant de 3,400 gr. Bi-pariétal, 95 millim.

8e *Cas*. Primipare, en travail depuis 24 heures sans que la tête pénétrât dans le bassin qui était rachitique. Conjugué vrai, 80 millim. La femme avait marché à 3 ans. Obliquité de Nægele. Poche des eaux rompue prématurément, orifice rigide.

Pour permettre à la tête d'entrer dans le bassin et de dilater l'orifice, la symphyséotomie fut faite à 7 heures 27 minutes. A 9 heures 5 la tête restant toujours élevée, l'orifice s'était ouvert à 5 francs ; à 1 heure 25 minutes du matin, dilatation comme une paume de main ; à 3 heures 30 la tête franchissait l'orifice et à 5 heures 15 l'accouchement se terminait spontanément. Enfant vivant de 3,200 gr. Bi-pariétal 90. Mère guérie.

9e *Cas* : Après 17 heures de travail, la tête restant encore élevée et l'orifice non dilaté, la symphyséotomie fut pratiquée à 5 heures 53 minutes. La tête s'engagea aussitôt plus profondément et resta jusqu'à 6 heures 25 sur le plancher pelvien. Alors on appliqua le forceps de Nægele à cause du ralentissement des bruits du cœur. (Conjugué non indiqué.) Enfant vivant de 3,300 gr. Bi-pariétal 90. Mère guérie.

10e *Cas* : Primipare de 43 ans ; bassin plat généralement rétréci. Conjugué vrai 82. Après 26 heures 1/2 de travail, l'opération fut faite à 11 heures 46 minutes.

Aussitôt la tête s'engagea, l'orifice commença à s'ouvrir. On attendit jusqu'à 1 heure 15 minutes. Comme les battements du cœur faiblissaient, à cause d'un circulaire du cordon, les bords de l'ori-

fice rigide furent incisés latéralement et la tête, médiocrement engagée, extraite avec le forceps de Nægele. L'enfant naquit en état de mort apparente mais fut ranimé. Poids 3,500 gr. Bi-pariétal 95. Mère guérie (1).

---

(1) Depuis la publication de cette statistique dont le dernier cas est du 28 mars, Zweifel a fait deux nouvelles symphyséotomies :

11e *Cas* : Primipare ; promonto-sous-pubien de 105 millim. Enfant jugé de moyenne grosseur. Travail pénible, durant depuis plus de 24 heures. *Avant la symphyséotomie on fit une tentative avec le forceps de Tarnier.* Après la symphyséotomie les contractions intenses engagèrent la tête en quelques minutes ; la dilatation se compléta. Comme les bruits du cœur se modifiaient, on fit 12 minutes après la section complète de la symphyse, une application de forceps sur la tête profondément engagée. Celle-ci était extraordinairement grosse. Derrière la tête vint un flot de liquide vert et on trouva comme cause de retard un circulaire serré du cordon autour du cou. *L'enfant fit une inspiration spontanée, mais malgré 2 heures de soins ne put être ranimé.* Il était long de 53 centim., pesait 3,550 gr. et avait 355 millim. de circonférence sous-occipito-frontale. La paroi vaginale étant déchirée à droite on fit, après la suture osseuse et cutanée, une tentative de réunion de la plaie vaginale avec le catgut. Le 3e jour au matin il y eut de la fièvre ; le 4e jour la suture vaginale se rouvrit et il s'écoula par la plaie vaginale une grande quantité de sang fétide. Chute de la température. État général excellent, pouls bon, pas de douleurs, appétit parfait. Opérée le 24 avril, cette femme est signalée « guérie » dans le rapport de Zweifel du 25 mai.

12e *Cas*. Primipare de 29 ans, opérée le 27 avril 1893. Diamètre promonto-sous-pubien, 105 millim. Taille $1^m,44$. Bassin généralement et régulièrement rétréci au 2e degré ; enfant de moyen volume. Durée du travail avant la symphyséotomie, 18 heures 10 minutes. Menaces de rupture utérine. La tête n'étant pas engagée, on ne pouvait songer, après une tentative de forceps infructueuse, qu'à la perforation de l'enfant vivant ou à la symphyséotomie. Cette femme avait un utérus biloculaire et un vagin double ; l'enfant occupait la moitié droite de l'utérus.

Symphyséotomie avec suture osseuse. Le travail dura 3 heures encore. La tête s'engagea, mais comme elle n'avançait plus, on appliqua le forceps. L'enfant avait encore un circulaire du cordon ; il naquit légèrement asphyxié mais put être ranimé. Il était de moyenne grosseur.

Il y eut une déchirure de la paroi vaginale, de telle sorte que la plaie opératoire communiquait avec le vagin. Après suture osseuse le tampon à la gaze iodoformée fut enlevé ; *le vagin et la déchirure furent tamponnés, mais on s'abstint de suturer la déchirure vaginale.* Il s'évacua une faible quantité de sang par le vagin, mais la température resta normale.

Cela fait donc au total 10 femmes opérées dont 4 ont eu une fièvre passagère, mais dont aucune n'a été en danger, et 9 enfants vivants.

Passant à l'exposé de sa **technique**, Zweifel se défend de n'avoir point observé un des principes de l'école napolitaine : à savoir d'attendre après l'opération l'accouchement spontané.

Ce principe, dit-il, a été respecté aussi souvent et aussi longtemps que le permettait l'intérêt de l'enfant; néanmoins il n'y a eu, sur 10 cas, que 2 accouchements spontanés. Six fois le forceps fut appliqué sur la tête profondément engagée, chaque fois à cause des modifications des battements du cœur fœtal et de l'issue du méconium. Dans tous ces cas le détroit supérieur était déjà franchi quand le forceps est venu à la rescousse. La cause du danger couru par l'enfant parut être dans 3 cas un circulaire du cordon; les enfants ont survécu.

D'ailleurs, à Naples les choses vont de même, et, dans la plupart des opérations rapportées par Morisani, le forceps fut finalement nécessaire.

Le retard apporté à l'accouchement après la symphyséotomie peut s'expliquer par la direction transversale de la suture sagittale qui pour toutes les têtes, à l'exception des 2 expulsées spontanément, a persisté jusqu'à leur arrivée sur le plancher musculaire du bassin où a eu lieu l'arrêt. La persistance anormalement longue de cette direction transversale est frappante ; la rotation de la petite fontanelle en avant est plus tardive et plus difficile. La symphyséotomie apporte donc une preuve expérimentale à l'appui de cette thèse que la rotation de la tête ne se fait pas là où on le dit d'habitude, lors du passage au détroit inférieur du bassin osseux, mais plus profondément sur la musculature du diaphragme pelvien.

Ordinairement l'opération est simple ; mais elle peut facilement présenter des complications dont tout médecin doit être prévenu avant de prendre le bistouri et qui sont les suivantes :

L'incision du mont de Vénus bien rasé ouvre quelques gros vaisseaux cutanés qui cessent vite de saigner après l'application de pinces à forcipressure. Les incisions transversales des fascias des 2 muscles droits, destinées à faciliter l'introduction du doigt dans l'espace prévésical, ne saignent pas.

La section du fibro-cartilage symphysien est en général très

facile, de telle sorte que souvent le bistouri le traverse avec une rapidité surprenante. Mais une fois sur les 10 cas rapportés ci-dessus, elle ne réussit pas. Le fort bistouri boutonné employé resta fiché dans le milieu de la symphyse sans pouvoir aller plus loin, même en employant une grande force. Il fallut user de la scie grâce à laquelle on termina facilement. Cette ossification (?) fut rencontrée sur une primipare de 43 ans. On peut se servir aussi aisément en pareil cas, et cela est préférable pour les parties molles, d'une scie à chaîne passée au-dessous du bord inférieur de la symphyse à l'aide d'une aiguille à anévrysme.

L'ossification de la symphyse a été rencontrée par Siebold. On peut aisément en triompher à l'aide de la scie, quoiqu'elle ait toujours été considérée par les accoucheurs comme une objection de poids à l'opération. Baudelocque cite une opération à laquelle renonça Bonnard de Hesdin parce qu'il pensa que, puisque la symphyse pubienne était ankylosée, il était à craindre que les symphyses postérieures ne le fussent également. Aussi bien dans l'opération de Siebold que chez l'opérée de Zweifel, les os iliaques s'écartèrent comme d'habitude et sans difficulté. Dans le cours des temps l'emploi de la scie a été plusieurs fois nécessaire sans qu'on ait signalé un écartement plus faible des pubis pouvant être rapporté à une ankylose sacro-iliaque.

Naturellement la symphyséotomie est inutile et contre-indiquée dans les cas de bassin oblique ovalaire (bassin de Nægele) ou de bassin transversalement rétréci (bassin de Robert ou à double ankylose sacro-iliaque).

Zweifel est d'accord avec les auteurs qui ne croient pas à l'ossification de la symphyse dans tous les cas où le couteau ne peut traverser le fibro-cartilage. La cause de cette difficulté doit être plus souvent rapportée à ce que la patiente est couchée de travers ou bien à ce que la symphyse est oblique, ou à ce que les pubis font de chaque côté des saillies irrégulières, de telle sorte qu'un bistouri large ne peut plus avancer, tandis qu'un plus étroit le peut encore.

Dans tous les cas le cartilage a été coupé de haut en bas et d'abord seul. Il se produit alors un écartement de 1 centimètre, de telle sorte que l'on voit les fibres éclatantes du ligament capsulaire et qu'on peut les couper une à une.

Un bistouri fort, en même temps que mince et boutonné, suffit

pour faire la section. Si l'on veut couper de bas en haut, on se sert d'une scie à chaîne passée à l'aide d'une grosse aiguille à anévrysme.

Le lieu où portera la section doit être cherché à l'aide du doigt introduit dans l'espace prévésical. D'habitude le fibro-cartilage dépasse un peu en arrière la surface symphysaire; parfois il n'est pas exactement sur la ligne médiane et ce n'est qu'après quelques tâtonnements que le bistouri le découvre. Pour le trouver il faut soulever un des membres inférieurs afin de reconnaître à l'aide du doigt le point où les deux pubis jouent l'un sur l'autre.

Lorsque le fibro-cartilage est coupé, les pubis s'écartent l'un de l'autre d'un travers de doigt, si les deux cuisses en extension moyenne pendent sur le bord de la table, et parfois dès ce moment, mais sûrement et toujours lors de l'écartement qui résulte du passage de la tête, se produit une très forte hémorrhagie résultant de la déchirure des corps caverneux et des plexus prévésicaux. Il est remarquable de voir combien peu il est question d'hémorrhagies dans la littérature, et plus remarquable encore de voir que les chirurgiens font plus souvent attention à ce point que les accoucheurs, comme si, dans l'ancien temps, ceux-ci avaient été accoutumés à des hémorrhagies considérables.

« *Ces hémorrhagies sont dignes d'attention à cause de leur mode d'arrêt tout particulier.*

« *Avec les ligatures on ne peut les tarir*; nous avons par contre plusieurs fois, à la clinique, réussi à l'aide des ligatures médiates; mais dans notre 3e cas, nous avons éprouvé un grand ennui. Comme cela arrive habituellement dans la ligature médiate des corps caverneux, deux sources nouvelles d'hémorrhagie furent créées par le passage des aiguilles.

« *Si donc l'hémostase ne pouvait être faite autrement que par la ligature médiate, seuls les opérateurs expérimentés pourraient pratiquer la symphyséotomie et cette opération ne pourrait apporter ses bienfaits en ville et à la campagne. Mais il suffit toujours d'un tamponnement à la gaze iodoformée pour arrêter ces hémorrhagies*, parce que le sang vient des réseaux admirables des corps caverneux.

« C'est pourquoi je déconseille également aujourd'hui, d'après mon expérience personnelle, la proposition que j'ai faite dans ma première communication, à savoir de faire en 2 points la ligature

médiate d'un corps caverneux pour le couper entre deux ligatures.

« Le conseil raisonnable est de lier tous les vaisseaux de la plaie cutanée, et de traiter l'hémorrhagie profonde par le tamponnement à la gaze iodoformée. Pendant le placement de ce tampon il faut faire une contre-pression intérieure ; j'ai vu en effet une fois, sous l'effort isolé de l'extérieur, toute la grande lèvre droite minée par la gaze introduite.

« Lorsque la section du cartilage est achevée et la plaie tamponnée, la parturiente est abandonnée à elle-même. La surveillance des bruits du cœur est un devoir qui s'impose ici d'une façon toute particulière.

« Si nous examinons les 6 cas où l'engagement et la descente de la tête jusque sur le plancher du bassin se sont accomplis spontanément, nous voyons que dans 3 d'entre eux l'orifice utérin lors de l'opération était encore étroit et flasque, mais qu'aussitôt la tête engagée les bords de l'orifice commencèrent à se tendre et à s'ouvrir. Chez la primipare de 43 ans seule il resta si rigide qu'il fallut l'inciser.

« Ainsi, dans ces 3 cas où il y avait rupture prématurée des membranes, la symphyséotomie fut franchement préventive pour amener, par l'engagement de la tête, l'ouverture de l'orifice non dilaté.

« Lors du passage de la tête au travers du détroit rétréci du bassin les pubis s'écartent habituellement à 60, 65, 67 millim. Nous avons chaque fois mesuré l'écartement qui a été 3 fois de 60 millim. (cas 4, 6, 7) ; 4 fois de 65 millim. (cas 1, 2, 3, 5) ; 1 fois 68 millim. (cas 9) et 1 fois de 7 centim. (cas 10).

« Se produit-il en pareil cas une déchirure capsulaire sacro-iliaque ? c'est ce que peut seul montrer le hasard d'une autopsie. D'après les recherches expérimentales anciennes et récentes, cela est vraisemblable, bien que les femmes ne se soient jamais plaintes de douleurs dans le voisinage des régions sacro-iliaques.

« Dans 2 de mes 10 cas il y eut, outre la déchirure des corps caverneux, une déchirure vaginale, de telle sorte qu'avec le doigt on put passer de la plaie extérieure, entre les pubis, dans le vagin — lésion digne de quelques réflexions. L'urèthre dans les deux cas fut, dans toute sa longueur, détaché de la paroi vaginale.

« Chez la première de ces femmes la tête avait été attirée à travers le rétrécissement à l'aide du forceps de Tarnier ; chez la seconde, la déchirure se produisit pendant l'expulsion spontanée. Dans les

2 cas, la complication ne fut pas traitée particulièrement et guérit avec une facilité surprenante. On s'abstint de suturer particulièrement la plaie vaginale, parce qu'après l'adaptation des pubis les bords de la muqueuse vaginale déchirée s'adaptent parfaitement; ils réunissent sans plus par première intention.

« *Lorsque l'accouchement est terminé, il s'agit d'assurer la réunion de la symphyse et de la plaie cutanée.* Les vieux médecins plaçaient dans ce but une longue serviette autour du bassin et là où il n'y avait pas de septicémie cela suffisait à amener une guérison parfaite. Aujourd'hui, il faut chercher la réunion par première intention.

« Dans le premier cas, il fut facile de conduire des aiguilles plates, peu courbées, à travers le large cartilage, entre les 2 extrémités pubiennes, d'arrière en avant et, par 2 sutures semblables, de réaliser une bonne réunion du cartilage. Dans le 2e cas, cela fut insuffisant à cause du manque de cartilage et dans le 3e on échoua. Pourtant cette troisième opérée guérit complètement, mais plus lentement que les autres.

Aussi par la suite Zweifel a-t-il eu recours à la *suture osseuse au fil d'argent.* »

Avec le bistouri ou un rasoir il libère la face antérieure d'un pubis pour rendre visible l'ouverture que l'on va faire à l'aide d'un perforateur classique, en ayant soin de placer en dedans du bassin un tampon protecteur. Le trou fait, le perforateur est retiré, et l'on fait passer un porte-suture qui peut être improvisé avec un morceau de métal dont la pointe, libérée des tissus avec le doigt, est repliée en crochet. Une anse de fil d'argent ou de catgut est placée dans le crochet qui la ramène en avant.

2 sutures semblables avec le fil d'argent le plus fort suffisent pour réunir complètement les pubis.

Il faut veiller à ce que les 2 pubis soient symétriquement accolés et pour cela placer une des sutures au bord supérieur de la symphyse.

Avant de fermer les sutures il faut pousser les 2 moitiés du bassin étroitement l'une contre l'autre. Une fois encore la gaze iodoformée est renouvelée et l'extrémité amenée hors de l'angle inférieur de la plaie. Un écarteur introduit au-dessus de la symphyse repousse la vessie et le tampon afin de ne prendre ni l'une ni l'autre entre les pubis.

Les 2 moitiés du bassin sont alors pressées latéralement, les sutures sont serrées, par-dessus les fascias sont réunis avec des sutures de catgut profondes et enfin on suture la peau.

L'accouchée est entourée d'une ceinture pelvienne ou d'un bandage amidonné ou de 2 larges bandes de sparadrap. Zweifel ne se sert plus d'appareil à suspension.

Le tampon de gaze est retiré par l'angle inférieur de la plaie après 12 heures.

Si l'asepsie a été parfaite tout guérit parfaitement et la restitutio *ad integrum* est complète, même si le vagin a été déchiré pendant l'écartement.

Chez 3 des 5 symphyséotomisées traitées par la suture osseuse, il y eut pendant 2 semaines de l'*incontinence d'urine*. L'examen fit constater dans chaque cas de la faiblesse du sphincter vésical, mais *aucune fistule*.

Chez une femme (cas 4), il se produisit une désunion de la plaie et une longue suppuration ; nous avons pu remarquer que les sutures avaient coupé et faisaient saillie.

Comme il paraît impossible que la saillie postérieure des fils irritât la vessie, Zweifel se décida dans les cas suivants (9 et 10) à employer le catgut le plus gros pour la suture osseuse. Comme il n'y eut pas d'incontinence et que la guérison survint aussi sûrement, il ne recommanda plus la suture d'argent.

Mais, dira-t-on, à *quoi sert la suture osseuse* ? Ni dans l'ancien temps, ni à Naples, on n'a fait de sutures osseuses et pourtant les opérées ont bien guéri. Cela prouve que la suture osseuse est inutile au moins dans une partie des cas. Mais Zweifel pense que *très certainement* les opérées chez lesquelles le vagin fut déchiré n'auraient pas, sans suture, guéri aussi bien qu'elles l'ont fait. On a plus de chance de réaliser une hémostase parfaite et la solidité des articulations pelviennes est plus grande avec une suture osseuse qu'avec la seule suture des parties molles. Dans tous les cas où la suture osseuse n'a pas été faite on pouvait sentir en arrière un écartement des pubis de plusieurs millimètres.

Déjà le « flageollement » des os du bassin décrit par Baumm et ce qu'il a lui-même observé, donne à Zweifel l'impression qu'on arrivera, grâce à la suture osseuse, à une réunion plus certaine.

On ne peut cependant dès aujourd'hui prévoir comment la suture osseuse sera jugée dans l'avenir. Les praticiens auront tendance

à la considérer comme une inutile surcharge. Au *fond elle est très facile à faire.* Si de meilleurs résultats sont obtenus grâce à elle, si en particulier les déchirures vaginales guérissent mieux la complication, qui après tout n'est pas grande, ne devra pas entrer en ligne de compte. Comme matériel, Zweifel recommande en première ligne le catgut stérilisé sec, bien qu'il ait vu le fil d'argent et le crin de Florence rester logés dans la plaie sans déterminer de troubles ni d'irritation.

La restitutio ad integrum est après la symphyséotomie plus complète qu'après l'opération césarienne. A la vérité il reste derrière la symphyse une cicatrice qui peut-être, dans le cas où l'on aura à refaire la symphyséotomie, rendra difficile l'introduction du doigt protecteur, mais qui, au demeurant, ne porte en rien préjudice aux femmes. Et dans les 10 cas environ jusqu'à présent connus aucun opérateur n'a encore signalé de difficulté dans l'exécution de la symphyséotomie réitérée.

L'aptitude à la marche était tout à fait normale chez toutes les opérées de Zweifel du 17e au 20e jour.

Il peut être intéressant d'indiquer les dimensions pelviennes que présentaient les femmes à leur sortie. Zweifel n'a encore noté ce point que pour quelques cas.

Il est vraisemblable, dit-il, d'après la constance du résultat dans 5 cas, bien qu'aucune conclusion ferme ne puisse encore être formulée, qu'après la symphyséotomie il persiste un léger agrandissement du bassin dans ses dimensions transversales.

	4e CAS		5e CAS		6e CAS		7e CAS		8e CAS		9e CAS		10e CAS	
	av.	apr.	av.	apr.	av.	apr.	av.	apr.	av.	apr.	av.	apr.	av.	apr
Distance des épines iliaques..	230	235	280	287	260	260	230	250	240	250	260	260	220	240
Distance des crêtes iliaques..	270	280	290	297	290	295	275	280	275	275	275	275	265	265
Distance des trochanters....	315	320	320	320	320	320	300	315	300	310	280	300	280	290
Conjugué externe......	200	190	180	180	180	185	185	190	165	170	170	180	200	180

Cette considération pourrait expliquer ces faits signalés depuis 100 ans : il est des femmes qui après une symphyséotomie ont accouché spontanément à la grossesse suivante. Depuis 100 ans cela a été invoqué comme l'objection la plus forte à l'opération, chaque cas de ce genre ayant été considéré comme une preuve que la symphyséotomie avait été superflue lors du précédent accouchement.

Pour fixer la valeur d'une nouvelle opération obstétricale, il ne

suffit pas d'en établir les résultats en soi ; on doit la comparer aux méthodes jusque-là connues.

La symphyséotomie entre en concurrence avec le forceps au détroit supérieur, avec la version prophylactique, avec la perforation et avec l'opération césarienne à indication relative.

La perforation donnait au temps passé une mortalité maternelle de 22,75 0/0, et l'opération césarienne une mortalité de 62 0/0. La symphyséotomie, avec ses 35 0/0 de mortalité, se plaçait donc aux temps préantiseptiques, entre la perforation et l'opération césarienne.

Depuis l'antisepsie les statistiques sont assez importantes pour permettre une comparaison valable. « Je prends à cette intention, dit Zweifel, les résultats de la clinique confiée à ma direction, resultats qui offrent l'avantage d'avoir été obtenus dans des conditions aussi semblables que possible.

« Dans les 5 dernières années, c'est-à-dire depuis la période sur laquelle j'ai écrit dans les *Therapeutischen Monatshrften* de l'année 1889, p. 54, il a été fait dans la clinique et la policlinique 60 perforations dont 4 à la policlinique sur des enfants vivants, 1 sur un enfant mourant, le reste sur des enfants morts dont 7 fois sur la tête dernière après échec de la version prophylactique, la tête ne pouvant passer sans être broyée. 2 mères sont mortes.

« La version prophylactique a été faite 76 fois. Mortalité maternelle 0 ; enfants morts par l'opération 22 dont 7, je l'ai dit plus haut, ont été perforés tête dernière.

« Le forceps sur la tête au détroit supérieur rétréci a été fait 68 fois ; aucune mère morte ; 5 enfants morts.

« L'opération césarienne conservatrice au cours des 6 dernières années, du 16 avril 1887 au 1er avril 1893, a été pratiquée en tout dans ma clinique 38 fois. Une seule femme est morte de péritonite septique. Une des 38 opérées (indication absolue) vint avec une néphrite intense, de l'œdème, etc. et succomba d'urémie la 2e semaine après l'opération.

« Le seul cas de mort porte donc sur 37 césariennes conservatrices.

« Tous les enfants furent extraits vivants.

« Des 8 opérations césariennes faites dans le courant de l'année dernière au nouvel institut 3 ont été pratiquées pour indication absolue, 5 pour indication relative. Il faut ajouter encore à celles

ci 2 opérations pour carcinome (une fois du rectum) qui empêchait complètement l'accouchement, ce qui me fit choisir l'opération de Porro, et une autre fois pour un carcinome du col chez une IVpare de 26 ans. Je pratiquai chez cette femme la césarienne et l'extirpation totale de l'utérus gravide du même coup. Cette femme guérit. L'enfant fut extrait vivant.

« Si donc nous établissons pour nos opérations le pourcentage de mortalité nous avons :

	MÈRES	ENFANTS
Opération césarienne conservatrice	2,8 0/0	0 0/0
Crâniotomie	3,3 0/0	100 0/0
Version	0 0/0	29 0/0
Forceps au détroit supérieur rétréci	0 0/0	7,3 0/0
Symphyséotomie	0 0/0	0 0/0

Toutefois ces chiffres sur la symphyséotomie ne sont pas équivalents aux autres parce que je n'ai que 10 cas ; en réalité la mortalité accusée par la statistique est plus élevée, comme je l'ai indiqué plus haut (d'après les chiffres de Morisani) : 3,9 0/0 pour les mères et 9 0/0 pour les enfants.

« D'après les chiffres seuls on pourrait conclure que la césarienne est meilleure que la symphyséotomie et que le forceps au détroit supérieur est l'idéal du traitement obstétrical des bassins viciés.

« Pourtant il faut remarquer ce qui suit : La mortalité de l'opération césarienne, d'après la statistique générale, est bien plus grande que dans nos cas et oscille entre 10 et 20 0/0.

« Il faut ajouter encore ceci : Outre que le forceps ne peut être utile que dans les faibles degrés de rétrécissement et tout au plus peut être mis en parallèle avec la version prophylactique et non avec la perforation et la symphyséotomie, il est à considérer que l'emploi de l'instrument sur la tête élevée entre des mains peu expérimentées est une opération des plus dangereuses. Les 2 cas de mort après crâniotomie, qui tous deux ont été observés dans la policlinique, sont portés à tort au compte de la perforation ; ils doivent être portés au compte des tentatives d'accouchement faites à l'aide du forceps avant l'arrivée de mes assistants.

« De même le chiffre des enfants morts après l'emploi du forceps dans les bassins viciés ne donne pas une idée exacte de la morta-

lité infantile dans les applications de forceps au détroit supérieur rétréci. Dans les bassins viciés, alors que l'enfant vivait, on a souvent appliqué le forceps avant d'en venir à la crâniotomie. C'est pourquoi la mortalité infantile est si faible ; elle ne porte que sur les cas où les difficultés ont été légères.

« D'après mon sentiment, que je ne puis pour l'instant étayer par des chiffres, le danger de la symphyséotomie, même avec l'antisepsie sévère dans tous les cas, est plus grand pour la mère que celui de la crâniotomie, du forceps et de la version prophylactique, mais plus faible que celui de l'opération césarienne.

« Quant aux enfants l'opération césarienne les expose moins, le forceps au détroit supérieur et la version les exposent plus, si l'on réfléchit surtout que la symphyséotomie est appliquée essentiellement aux rétrécissements prononcés pour lesquels au fond le choix ne peut être fait qu'entre elle, la perforation ou l'opération césarienne.

« De ces 3 opérations la perforation a l'avantage que judicieusement faite elle laisse derrière elle des rapports absolument normaux. La symphyséotomie donne une restitutio ad integrum en ce sens que toutes les fonctions, en particulier la marche, se rétablissent complètement, bien qu'elle laisse des cicatrices dans le voisinage du tissu cellulaire prévésical qui à la vérité ne causent aucun trouble, mais qui, dans le cas d'un nouvel accouchement et d'une resymphyséotomie, pourraient devenir gênantes.

« Mais de toutes les opérations la césarienne est celle qui laisse les modifications les plus grandes et les plus troublantes.

« Bien que théoriquement on ait cru pouvoir empêcher, par la suture séro-séreuse, les adhérences avec le péritoine pariétal, cela a été reconnu presque impraticable.

« Nous avons fait tous les efforts possibles pour éviter les adhérences de la suture de l'utérus avec le péritoine de la paroi abdominale antérieure.

« Un seul moyen a réussi, savoir de faire en haut l'incision cutanée et utérine, de commencer l'incision au-dessus de l'ombilic et de la terminer immédiatement au-dessous, de faire alors sortir le fond de l'utérus et de l'inciser sur sa partie antérieure.

« Après l'achèvement de la suture l'utérus suturé se retire rapidement vers le bassin. Sa suture ne vient donc pas en contact avec la suture pariétale et il n'y a pas adhérence entre les deux

J'ai pu de cette façon, dans un cas, avoir un utérus complètement mobile, non adhérent. Mais il n'est pas certain qu'il n'a pas contracté d'adhérences avec l'épiploon et l'intestin, la femme n'ayant pu heureusement être examinée qu'en vie.

« Ces adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure ont des suites très fâcheuses lors d'une grossesse ultérieure : savoir une antéversion et une éventration très prononcées.

« Jusqu'aux rétrécissements de 65 à 70 millim. du conjugué vrai la symphyséotomie, en tant que le fœtus ne dépasse pas le volume moyen, remplacera complètement l'opération césarienne.

« Au-dessous de ces limites, l'enfant étant vivant, l'opération césarienne garde ses droits, parce que très vraisemblablement, par suite de l'écartement plus considérable des os iliaques il se produit des déchirures capsulaires dans les articulations sacro-iliaques avec épanchement sanguin et que, même sans inflammation consécutive, la fonction de ces articulations se trouve lésée. A la vérité le dernier mot n'est pas encore dit sur ce point.

« Lorsque l'enfant est mort, il va de soi que la perforation est l'opération de choix jusqu'à 50 et même 45 millim. de conjugué vrai.

« En se servant des instruments appropriés, savoir le céphalotribe de Busch ou le basiotribe de Simpson-Tarnier, on peut, même dans de pareils bassins, extraire le fœtus par les voies naturelles.

« La femme chez laquelle il y a 3 ans j'ai pu, à l'aide du céphalotribe de Busch, extraire le fœtus par les voies naturelles dans un bassin de 45 millim., est revenue accoucher une seconde fois dans ma clinique pendant le semestre d'hiver 1892-1893. Le travail était commencé. La mensuration à l'aide de l'instrument de Skutsch donna 45 millim. pour le conjugué vrai. Comme l'enfant était vivant je fis la césarienne et, avec l'instrument d'Osiander, je pus, après l'évacuation de l'utérus, mesurer directement le conjugé vrai et j'ai trouvé également 45 millim. Il faut autant que possible éviter la césarienne quand l'enfant est mort, parce que, dans de tels cas, il y a eu en règle générale un long travail et des tentatives réitérées d'accouchement, ce qui rend absolument mauvais le pronostic de la césarienne.

« Lorsqu'après une version prophylactique il est impossible d'extraire l'enfant, la symphyséotomie rapidement faite pourrait permettre de tirer l'enfant avant sa mort ou encore d'éviter, dans les

cas semblables à celui que j'ai cité naguère, la rupture des 2 articulations pelviennes.

« J'ai à dessein omis jusqu'ici de parler d'une autre opération, parce que ma confiance en elle est considérablement ébranlée : je veux parler de l'accouchement prématuré provoqué.

« A la vérité mes résultats supportent la comparaison avec bien d'autres statistiques si l'on ne tient compte que de la mortalité pendant l'accouchement et les premiers jours de la vie. Mais si je considère la fin dernière de l'accouchement, qui est de mettre au monde un enfant élevable, capable de survivre, mes résultats sont désolants. Bien que les enfants, dans mes cas, fussent la plupart issus de mariages légitimes et qu'ils aient été soignés par les mères avec le plus grand dévouement, j'ai eu une seule fois la joie de voir l'un d'eux atteindre l'âge d'un an. Ils sont tous morts rapidement, bien qu'ils fussent à leur sortie de l'hôpital en assez bon état, du tabes mesaraïca des vieux médecins.

« J'appuie sur ce fait que ces données concernent exclusivement l'accouchement prématuré *artificiel* et seulement celui qui est fait pour bassins viciés avant la 36e semaine. La comparaison avec d'autres statistiques, faites en tenant compte de ces deux restrictions, dira si mes mauvais résultats son dus à un hasard ou si on s'est fait par ailleurs des illusions optimistes sur les avantages de l'accouchement prématuré artificiel.

« En résumé, de mes lectures et de mon expérience personnelle sur la symphyséotomie je conclus :

« 1° Cette opération peut être appliquée avec succès à tous les cas de bassins viciés pour lesquels jusqu'à présent on a eu recours à la perforation de l'enfant vivant.

« Bien que, à la suite des résultats meilleurs donnés par l'opération césarienne, cette opération se soit posée lorsque l'enfant vit, en concurrence avec la perforation et que, dans les dix dernières années, l'indication relative à la césarienne ait été poussée beaucoup plus loin que jadis où on ne l'admettait guère qu'avec 7 ou 6 centimètres de conjugué vrai, la symphyséotomie prendra la place de la césarienne à indication relative au-dessus de 65 millimètres de conjugué vrai, pourvu, bien entendu, que les articulations sacro-iliaques soient mobiles et le fœtus de moyen volume.

« 2° Au-dessous de 65 millim., lorsque l'enfant est vivant, l'opération césarienne conserve ses droits; lorsque l'enfant est mort

l'accouchement doit être terminé par les voies naturelles, jusqu'à 45 millim. de conjugué, à l'aide du céphalotribe de Busch ou du basiotribe de Simpson-Tarnier.

« 3° L'application de forceps sur la tête élevée *peut* toujours être tentée dans les degrés peu considérables de rétrécissement pelvien parce que, si elle échoue et que l'enfant soit encore vivant, la symphyséotomie pourra permettre l'extraction. Mais ces tentatives ne doivent pas être inconsidérément prolongées ni commencées sans le dessein bien arrêté d'avoir recours, dès que la nécessité en sera démontrée, à la symphyséotomie.

« 4° La version prophylactique doit être réservée aux rétrécissements du 1er degré, 85 à 95 millim. de conjugué vrai.

« 5° Ce serait une faute d'employer la symphyséotomie dans tous les cas à la place de l'opération césarienne.

« 6° La section de la symphyse est en somme une opération simple, qu'on mène à bien, c'est la règle, avec un fort bistouri boutonné sous la protection du doigt introduit derrière la symphyse ; en cas d'ossification la scie à chaîne mène aisément au but.

« L'hémorrhagie venant des corps caverneux du clitoris doit être traitée exclusivement par le tamponnement à la gaze stérilisée.

« Après l'opération il faut attendre, quand c'est possible, l'accouchement spontané ou tout au moins l'*engagement* spontané.

« 7° Pour obtenir la réunion parfaite primitive, la suture osseuse à l'aide de catgut stérilisé sec mérite d'être recommandée. Avant de serrer cette suture, il faut se garder de pincer la vessie et faire sortir la gaze du tampon au niveau d'un des angles de la plaie, de préférence l'inférieur. La suture achevée, le bassin sera entouré d'un simple bandage ou d'une ceinture.

« La gaze-tampon est retirée au bout de 12 heures. Si l'opération a été aseptique, tout autre traitement est superflu ; ce n'est qu'exceptionnellement que le cathétérisme vésical est nécessaire pendant les deux premiers jours.

« 8° Pour l'opération, il faut : *a*) un rasoir, *b*) un scalpel et un fort bistouri boutonné, éventuellement une scie à chaîne, *c*) un perforateur, *d*) un passe-fil, *e*) du catgut, de la soie, des ciseaux, des aiguilles et un porte-aiguilles, un bandage de corps et une ceinture pelvienne.

« J'estime, pour finir, que quand on pourra se garder sûrement de toute infection la symphyséotomie sera toujours suivie de résultats heureux. »

En résumé, au cours d'une pratique relativement considérable (14 cas) Zweifel a été conduit à souscrire à la plupart des conclusions formulées par Pinard et par nous en avril dernier à la Société obstétricale de France.

Les seuls points sur lesquels il s'en éloigne sont les suivants :

1° Quant à la technique : *a*) après la symphyséotomie complète (bien qu'il ne s'en explique pas, il est clair qu'il a renoncé à la symphyséotomie incomplète, ce dont nous le félicitons) il attend, s'il n'a pas la main forcée, l'expulsion spontanée du fœtus, ou au moins son engagement. C'est, on le voit, la conduite préconisée au commencement du siècle par Galbiati. Son but est d'éviter les lésions céphaliques qui pourraient résulter de l'application du forceps au détroit supérieur. L'avenir seul pourra dire si l'expectation est préférable à l'intervention immédiate que Farabeuf nous a appris à rendre inoffensive par la dilatation préalable, calculée, du bassin. Jusque-là nous continuerons à faire valoir l'avantage de la terminaison rapide qui est de ne pas laisser trop longtemps exposée, dans des conditions en somme défavorables, la plaie symphysaire.

b) Zweifel, suivant en cela l'exemple de Schauta qui a de ce chef éprouvé quelques mécomptes, fait la suture osseuse. Évidemment cela complique un peu l'opération. Reste à savoir, et Zweifel se garde de trancher la question, si la restauration est plus complète après la suture qu'avec une bonne contention périphérique du bassin. Jusqu'à présent, les résultats obtenus par Pinard et par nous sans suture osseuse se maintiennent si parfaits (nous avons revu ces jours derniers encore une des femmes opérées il y a quinze mois) que nous restons avec Morisani parmi les contempteurs de la suture osseuse.

Le « flageollement » signalé par Baumm s'explique autrement que par l'absence de suture osseuse. La plaie opératoire *a suppuré*; la cicatrisation n'en a été complète que le 44ᵉ jour. A ce moment, dit Baumm, on pouvait constater un écartement de 1 cent. et malgré cela l'opérée pouvait monter deux étages avec 8 litres dans chaque main (!).

c) Enfin Zweifel draine la cavité prévésicale pendant 12 heures à la gaze iodoformée. On ne voit pas bien la nécessité pour l'accoucheur de revenir au drainage abandonné par le chirurgien. Si la plaie opératoire est aseptique il n'y a rien à gagner et on risque de perdre ; si elle ne l'est pas, le drainage pendant 12 heures est

insuffisant. La 11e observation de Zweifel en est pour nous une preuve. L'opérée eut de la fièvre le 3e jour et le 4e il s'écoula par une déchirure de la paroi vaginale, qui avait été suturée et qui se rouvrit, une grande quantité de sang infect qui provenait sans aucun doute de la cavité prévésicale.

Zweifel ne discute donc plus que sur des détails de technique.

L'accord est fait sur le reste. Nous sommes particulièrement heureux de constater une fois de plus, avec l'accoucheur de Leipzig, que ces hémorrhagies si graves que quelques-uns continuent à considérer comme un des dangers de l'opération, même bien réglée, en s'appuyant d'ailleurs sur des données anatomiques très contestables, « doivent être exclusivement traitées par le tamponnement ».

2o Quant aux indications de l'opération, nous sommes également d'accord sur la plupart des points.

Relevons entre autres : la mortalité fœtale de la version dans les bassins viciés, 29 0/0 ; la mortalité maternelle de la crânio-tomie 3,3 0/0 ; les considérations sur les dangers de l'application de forceps au détroit supérieur ; l'aveu dépouillé d'artifices de Zweifel sur les résultats qu'il a obtenus de l'accouchement prématuré artificiel, en la valeur duquel « sa confiance est considérablement ébranlée, bien qu'au point de vue de la mortalité *immédiate* ces résultats supportent la comparaison avec bien d'autres statistiques »; l'abandon de l'opération césarienne à indication relative, abandon qui a d'autant plus de poids qu'il vient d'un opérateur entre les mains duquel la césarienne a une mortalité maternelle de moins de 3 0/0, inférieure à celle de Léopold lui-même (4,1 0/0, statistique expurgée).

Nous ne désespérons pas de voir Zweifel abandonner bientôt complètement l'application de forceps sur la tête élevée, qu'il réserve déjà exclusivement aux degrés peu considérables de rétrécissement pelvien. Même là même elle lui réserve des surprises désagréables, témoin, à mon avis, sa 1re obs. où le conjugué diagonal mesurait 10c,5. Avant la symphyséotomie il fit une application du forceps Tarnier ; et 12 minutes après la section de la symphyse une application de forceps basse, nécessitée par une modification des bruits du cœur, amenait l'extraction d'un enfant de poids moyen (3350 gr.) suivi d'un flot de méconium et qui bien qu'ayant fait une inspiration spontanée ne put être ranimé, malgré deux

heures de soins. Je sais bien qu'il avait un circulaire du cordon ; mais de tous ceux qui, dans la statistique de Zweifel, avaient un circulaire serré, c'est le seul qui soit mort. Je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est aussi le seul (des 13 derniers cas) pour lequel l'observation porte la mention : forceps au détroit supérieur avant la symphyséotomie.

Quant à la version, c'est déjà beaucoup de lalimiter aux rétrécissements du 1er degré, entre 85 et 95 millim.; mais nous persistons à penser que même dans ceux-là c'est une mauvaise opération, une opération fœticide, vouée à disparaître bientôt, tout au moins de la clinique de Leipzig.

Zweifel n'est pas homme à s'arrêter en route.

Quelle meilleure preuve en pourrait-on donner que la comparaison de son opinion d'hier sur la symphyséotomie avec celle qu'il exprimait il y a un an, cinq mois après la leçon de Pinard, dans la 2e édition de son *Traité d'accouchements*, datée du 28 mai 1892 (p. 811) :

« La symphyséotomie appartient au passé et n'a plus qu'un intérêt historique.

« On comprend sous ce titre une séparation artificielle de la symphyse pubienne dans le but de donner du jeu aux bassins viciés.

« L'idée est fausse et nous allons exposer ici, en détails, les motifs pour lesquels on ne doit pas continuer dans cette voie, afin de conjurer le retour à une opération morte sous sa forme ancienne ou modifiée.

« Les raisons qui plaident contre cette opération sont :

« 1° *L'insuffisance de l'agrandissement du bassin.*

« La symphyséotomie devait faire abandonner l'opération césarienne. Aujourd'hui ses panégyristes (il s'agit de Morisani, ne vous en déplaise) en limitent l'indication aux bassins dont le conjugué oscille entre 81 et 67 millimètres. Il ne peut donc être question d'opposer symphyséotomie à opération césarienne, car l'indication absolue à cette dernière opération commence aux degrés très prononcés de viciation où l'on ne fait plus la symphyséotomie. Il s'agit de symphyséotomie au lieu de crâniotomie. *Aujourd'hui, au moins en Allemagne, le choix est solidement fait et d'une façon définitive.* La mortalité des enfants n'est pas inférieure à celle de l'application de forceps dans les bassins viciés ; la mortalité maternelle est incomparablement plus considérable.

« 2° L'*impossibilité de prévoir de combien la symphyséotomie peut agrandir les bassins viciés.*

« Ainsi, d'après Kilian, un écartement pubien de 47 millim. ne donne qu'un agrandissement de 3 millim. ; c'est-à-dire que le plus grand écartement possible ne procure qu'un agrandissement insignifiant du conjugué.

« L'agrandissement maximum du conjugué n'a pas dépassé 13 millim.

« 3° *Le grand danger de déchirure ou de fracture des articulations sacro-iliaques* lorsque l'enfant ne peut naître facilement, lorsque par exemple on doit avoir recours encore au forceps.

« 4° *Les suites de l'opération, comparables à celles d'une victoire à la Pyrrhus* ; car les mères sauvées conserveront dans la plupart des cas des fistules vésicales incurables, de l'incontinence d'urine, une démarche incertaine et branlante, du prolapsus de l'utérus, de la carie des pubis et autres accidents.

Il a suffi à plus d'un accoucheur, au cours d'un voyage d'études fait à Paris à l'époque de Sigault, de voir seulement la première opérée guérie pour être dégoûté de la symphyséotomie pour le reste de ses jours ! » *Quantum me tatus ab illo!*

Nous analyserons dans le prochain numéro des *Annales* la discussion qui a suivi l'acte de foi et de contrition de Zweifel dont l'exemple, nous en avons la ferme conviction, sera d'ici quelques années suivie par beaucoup d'autres. N'est-ce pas. H. V.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(*Suite*) (1).

Dr WALLICH.

Étude sur la rigidité dite anatomique du col de l'utérus pendant le travail.

On décrit sous le nom de rigidité anatomique du col de l'utérus, un état du col caractérisé par son défaut de dilatabilité. Le travail se prolonge, au toucher l'on constate que la dilatation ne fait aucun progrès, le col est sans souplesse, tantôt mince et tranchant, tantôt épais, résistant, donnant au doigt la sensation du cuir bouilli.

Au bout d'un temps plus ou moins long ou bien le col finit par

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1893. p. 308.

se dilater, ou bien il se rompt et peut être expulsé au-devant de la partie fœtale. C'est ce que l'on désigne sous le nom de rigidité anatomique, par opposition aux rigidités dites spasmodiques, que l'on voyait surtout lorsqu'on tétanisait l'utérus en administrant de l'ergot de seigle, et aux rigidités pathologiques créées par les cicatrices vicieuses, ou les néoformations syphilitiques altérant la texture du col. La rigidité anatomique est classée parmi les causes de dystocie.

On ne s'est jamais bien expliqué sur la nature de cet état du col.

On a déclaré que macroscopiquement le col dans ce cas n'était pas altéré ; on a distingué cette résistance passive, qu'il offre, de la résistance active qu'il donnerait dans la rigidité spasmodique. L'expression rigidité anatomique adoptée implique donc que l'on comprend sous ce nom une disposition anatomique, une texture particulière du col, expliquant son peu de tendance à s'ouvrir devant la partie fœtale, sous la poussée des contractions utérines. Or, il vient d'être dit que macroscopiquement on n'avait pas constaté d'altérations, au niveau du col, et je ne connaissais pas d'examen histologique du col atteint de rigidité anatomique, quand il y a 4 ans, dans le service de mon maître le Dr Porak, je pus examiner au microscope deux cols. Mon ami Bouffe de Saint-Blaise avait en même temps une observation semblable.

Dans l'une de mes deux observations le col au bout de 80 heures de travail s'étant rompu circulairement, avait été expulsé au-devant de la partie fœtale, retenu seulement par un lambeau qui fut excisé. Il était dur, épais, ayant une dilatation grande comme une pièce de 5 francs, résistant, donnant au doigt la sensation du cuir bouilli.

Histologiquement le col était infiltré, farci de sang, tous ses faisceaux et ses fibres musculaires, dissociés, disséqués. L'aspect présentait des différences suivant que l'on regardait au niveau de l'orifice du col, ou au niveau de la rupture. En allant de l'orifice vers le siège de la rupture, on constatait à mesure qu'on s'approchait de celle-ci, que l'infiltration sanguine diminuait d'intensité pour faire place à de l'œdème, infiltration séreuse, qui elle aussi avait disséqué, dissocié les éléments nobles du col, les fibres musculaires. Celles-ci n'étaient le siège d'aucune altération, et en dehors de l'infiltration et de l'œdème, nous n'avons observé aucune lésion.

La femme qui faisait le sujet de notre deuxième observation accoucha après un travail de 58 heures. Le col ne se dilatant pas M. Porak se décida à pratiquer des incisions sur cet organe, et il voulut bien à ce moment exciser un fragment pour l'examen histologique. Le col sans être mince et tranchant, par son épaisseur et sa consistance moindre était bien différent d'aspect du précédent.

Au microscope on ne constatait aucune lésion; ici pas d'infiltration, ni séreuse, ni sanguine, aucune altération des éléments nobles, aucune néoformation pathologique, aucune disposition anatomique anormale en dehors d'un tassement des parties constituantes effaçant un peu la lumière des vaisseaux et celle des glandes contrastant avec l'aspect du col précédent aux éléments dissociés par l'infiltration.

De ces deux examens, les seuls que nous connaissions alors, nous paraissait ressortir le fait suivant, c'est que dans les deux cas les éléments du col : fibres musculaires et tissu cellulaire n'étaient le siège d'aucune altération, d'aucune disposition permettant d'expliquer une dystocie créée primitivement par le col. Quant à l'infiltration séreuse et sanguine, elle ne pouvait être survenue que secondairement. Bouffe de Saint-Blaise ne constatait aussi dans son observation aucune lésion des éléments. Donc l'examen histologique aussi bien que l'examen macroscopique ne révélait rien dans la structure du col capable d'expliquer la rigidité.

D'autre part, nous avions été frappé dans les 2 cas de l'irrégularité dans la fréquence, et dans la durée des contractions, nous avions constaté que dans le dernier cas, lorsque les contractions étaient devenues énergiques et fréquentes, longtemps après les incisions, le col s'était dilaté, et nous avions vu que dans le premier cas, au moment où les contractions avaient repris une marche régulière, elles avaient réussi à forcer l'obstacle au point de rompre au niveau des points œdématiés, ce col, dont les éléments disséqués ne pouvaient plus jouer aucun rôle physiologique et concourir à la dilatation. Et nous arrivions à cette conclusion : le col ne s'est pas dilaté, par défaut ou vice des agents dilatateurs, mais non parce qu'il n'était pas dilatable du moins primitivement, une inertie utérine caractérisée par la rareté et l'irrégularité des contractions n'a pu pendant une certaine période produire la dilatation du col. Dans l'un de nos cas, cette période s'est prolongée, le segment inférieur de l'utérus étant comprimé entre la tête et le

bassin, il y a eu trouble dans la circulation du col, congestion, hémorrhagie, infiltration, mais ce sont là des phénomènes secondaires. Le retour des contractions a vaincu l'obstacle dans les 2 cas (1).

Déjà en 1885, M. Doléris, dans un mémoire paru dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, avait repoussé par l'étude clinique des faits la rigidité anatomique, et il considérait l'inertie utérine comme la cause de la non dilatation du col.

Depuis longtemps M. le professeur Pinard ne considérait la rigidité du col que comme un état secondaire, dépendant non du col lui-même, mais d'un trouble dans l'action des agents dilatateurs.

Il est certain que les tissus ont, suivant les sujets, des qualités d'élasticité plus ou moins grandes, qu'il s'agisse du col de l'utérus ou du périnée, et cela en dehors de toute altération. Mais dans ces cas il y a facilité ou difficulté dans la dilatation, elle s'opère lentement, difficilement, mais elle s'opère, elle n'est pas supprimée. Or dans les faits que l'on comprend sous le nom de rigidité anatomique, la dilatation se trouve arrêtée, soit temporairement, soit définitivement.

Et l'on peut bien se demander, si l'obstacle résiste, parce qu'il est insurmontable, ou bien s'il résiste par insuffisance des forces qui tendent à le renverser. C'est précisément l'étude des faits cliniques qui va nous permettre de répondre à cette question, et nous y verrons que l'obstacle fourni par le col n'est que temporairement insurmontable, et qu'il cède à des forces régulièrement dirigées, qu'il se dilate sous leur influence, s'il n'a pas subi les altérations secondaires de l'infiltration, séreuse ou sanguine, qui ne lui permettent plus que de se rompre, lorsque les forces agissent utilement.

Sur mes conseils et sous ma direction mon ami le Dr Toledo, en 1890, a fait sa thèse inaugurale sur la rigidité anatomique du col; il a recherché dans la littérature obstétricale toutes les observations de rigidité. Pour la rigidité anatomique, il n'a pu en réunir que 19;

(1) Un argument de plus contre l'opinion qui fait de ces états du col, une disposition anatomique primitive, se trouve dans le fait que ces deux femmes avaient eu des accouchements antérieurs, sans dystocie au niveau du col. Ce n'est pas là un fait exceptionnel, la plupart des observations de rigidité anatomique ont été prises chez des multipares.

ce chiffre peu élevé prouve non pas que les phénomènes décrits sous ce nom sont rares, car il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait de nombreuses observations dans ses souvenirs, mais que la banalité de ces faits ne leur a pas souvent valu les honneurs de la publication.

Dans toutes ces observations on a pu trouver dans un vice des agents dilatateurs la raison de la non dilatation. Le plus souvent (11 fois) il y a eu rupture prématurée ou précoce des membranes, c'est-à-dire, qu'un des facteurs les plus actifs de la dilatation a fait défaut; on a eu affaire à des parties fœtales appuyant mal sur le col, soit par le fait de leur volume ou de leur défectueuse accommodation, soit à cause de l'exiguïté du bassin, raisons suffisantes pour rendre compte des lenteurs ou des difficultés de la dilatation, surtout si l'on y joint l'inertie utérine survenant dans un utérus fatigué de lutter, ou bien cette inertie primitive des utérus naturellement paresseux, bien mise en évidence par le professeur Pajot, et qui entraîne ce qui est connu en Angleterre sous le nom de tiedous labor.

En interprétant ainsi les faits on trouvera en dehors du col les causes primitives de la non dilatation, et on pourra les combattre utilement. En voici la preuve : sur 17,000 observations de la statistique de M. Pinard de 1883 à 1893, trois observations seulement portent la mention rigidité anatomique, et encore, je crains que ce soit par mégarde. En effet, dans l'une, il y eut rupture précoce des membranes le 29 septembre et l'accouchement n'eut lieu que le 3 octobre. Rupture précoce des membranes aussi dans le 2e cas. Pour le 3e, la dilatation commença à 9 heures du matin et la femme accoucha à 2 heures du soir, soit 5 heures de travail. On peut donc bien dire que sur ces 17,000 accouchements on n'a pas rencontré d'obstacles créés primitivement par le col.

Mais ce n'est pas à dire que l'on ne se soit pas trouvé en présence de dilatations lentes, ou même suspendues; mais toujours on en a retrouvé la cause dans un vice des facteurs de la dilatation. Parmi les causes pouvant retarder la dilatation du col, nous avons signalé plus haut le défaut de la poche des eaux, la rupture prématurée ou précoce des membranes. Ajoutons, ce qui peut paraître paradoxal, qu'il suffit quelquefois de rompre la poche des eaux pour voir une dilatation stationnaire s'achever très rapidement. C'est là un fait qui n'avait pas échappé aux

anciens accoucheurs, et sur lequel M. Pinard attire souvent notre attention ; cela s'observe, lorsqu'on constate avec une dilatation stationnaire des membranes constamment tendues. Nous nous bornons à signaler le fait sans l'interpréter.

Nous pouvons donc dire qu'au point de vue anatomique, nous ne connaissons pas d'exemple de dystocie, due primitivement au col, en dehors des rigidités pathologiques, parmi lesquelles nous proposons de faire rentrer celle qui est constituée secondairement par l'infiltration séreuse ou sanguine, qui disséquant les éléments nobles du col, empêche leur fonctionnement, rend la dilatation impossible, crée une redoutable cause de dystocie. Mais c'est là une altération secondaire, que la thérapeutique doit s'efforcer de prévenir, en suppléant en temps opportun aux facteurs de la dilatation en défaut, et à laquelle la dénomination vague de *rigidité anatomique* ne saurait plus convenir.

(A suivre.)

VIENT DE PARAITRE

Essai d'une Histoire de l'Obstétricie, par ED. GASP. JAC. DE SIEBOLD, traduit de l'allemand avec additions, figures et un appendice par F.-J. HERRGOTT, professeur honoraire de clinique obstéricale à la Faculté de médecine de Nancy. Trois volumes avec figures. Prix, 40 francs. *G. Steinheil*, éditeur.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIERES CONTENUES DANS LE TOME XXXIX

Janvier à Juin 1893.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXIX

Janvier à Juin 1893.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI D'UNE HISTOIRE DE L'OBSTÉTRICIE PAR ED. GASP. JAC. DE SIEBOLD

TRADUIT DE L'ALLEMAND AVEC ADDITIONS, FIGURES ET UN APPENDICE

Par F.-J. HERRGOTT,

Professeur honoraire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy (1).

M. Tarnier, en présentant à l'Académie de médecine ce monument scientifique, a caractérisé les deux auteurs et leur œuvre d'une façon si magistrale que nous ne croyons pouvoir mieux faire qu'en faisant précéder notre analyse de son appréciation tout entière.

« J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, dit M. Tarnier, de la part de l'un de ses associés nationaux, notre collègue, M. le professeur F.-J. Herrgott, de Nancy, un ouvrage intitulé : *Essai de l'histoire de l'obstétricie,* par E.-G.-J. de Siebold, traduit de l'allemand par F.-J. Herrgott ; mais je m'empresse de dire que le traducteur a complété l'œuvre de Siebold par l'addition de notes parfois considérables, de figures d'un très vif intérêt historique, et d'un appendice qui, sous son modeste titre, constitue tout un volume.

(1) 3 volumes in-8°, avec figures. G. Steinheil, éditeur.

« La totalité de l'ouvrage comprend trois tomes. Les deux premiers sont dus à de Siebold. Toutes les époques, toutes les écoles, tous les travaux importants en obstétrique, tous les accoucheurs des divers pays y sont étudiés au point de vue historique, et la France y tient une large place. Une table des matières et une table alphabétique des auteurs facilitent les recherches du lecteur. Si on ouvre le livre au nom d'un accoucheur connu, non seulement on y trouve une notice sur sa vie, mais l'influence qu'il a exercée sur l'obstétrique ; on y trouve même l'indication bibliographique des différentes éditions de ses livres ou de ses mémoires. Jamais on n'avait écrit une histoire de l'obstétricie aussi complète et aussi impartiale. M. Herrgott a donc rendu un grand service en traduisant ce livre en langue française; mais il ne s'est pas borné, ainsi que je l'ai déjà dit, au simple rôle de traducteur; il a, en effet, comblé différentes lacunes et complété quelques chapitres, celui par exemple qui est relatif à Soranus. »

« L'histoire de l'obstétrique par de Siebold se termine à l'année 1845. Mais que de progrès ont été réalisés depuis cette époque! Aussi est-ce à leur examen historique que M. Herrgott a consacré son troisième volume, dans lequel il a successivement passé en revue les grandes questions de l'obstétricie contemporaine : 1° la *pelvilogie pathologique*: 2° l'*accouchement dans les bassins rétrécis* ; 3° la *médecine opératoire* (version, forceps, embryotomie, opération césarienne, accouchement prématuré artificiel, symphyséotomie, restauration des lésions occasionnées par l'accouchement); 4° la *fièvre puerpérale* ; 5° les *moyens d'étude de l'obstétrique*.

« Il m'est malheureusement impossible de signaler ici les points les plus importants de ce travail ; tout ce que je puis dire, c'est qu'il continue dignement ce qui a été fait par de Siebold, et que, par l'élévation des idées scientifiques et philosophiques qui y sont développées, il domine de haut les questions de théorie et de clinique obstétricales actuellement pendantes.

« Pour mener à bien une pareille entreprise, de nombreuses qualités sont nécessaires : avoir l'esprit éclairé et généralisateur, le caractère indépendant et équitable, sans lesquels toute appréciation critique risquerait d'être erronée, mesquine ou injuste ; aimer la vérité avec passion et savoir se défendre contre toute idée préconçue, posséder une vaste érudition jointe à un grand amour de la bibliographie, être versé dans la connaissance approfondie des langues étrangères ; avoir enfin le courage d'entreprendre un travail d'aussi longue haleine et la force de l'accomplir sans défaillance. Aucune de ces qualités n'a manqué à de Siebold ni à notre collègue ; aussi, leurs efforts ont-ils doté l'obstétrique d'une œuvre désormais commune et de premier ordre, dont l'ensemble sera toujours pour les accoucheurs de tous les pays d'un prix inestimable, car l'histoire est indispensable aux progrès d'une science ou d'un art, et « le reflet du passé éclaire le présent et guide l'avenir » (1).

« J'ajouterai que cet ouvrage a été édité par M. Steinheil avec un soin très louable, dont tous les bibliophiles lui sauront gré. »

Ayant l'honneur de présenter cet ouvrage aux lecteurs des *Annales*, on comprend, après avoir lu le jugement ci-dessus, combien mon rôle devient difficile, et cependant je n'hésite pas à le remplir, poussé bien plus encore par le désir d'être utile à tous ceux qui s'intéressent à l'obstétricie que par celui de donner au professeur F.-J. Herrgott un faible témoignage de mon affectueuse admiration.

En effet, à une époque où enfin l'on commence à apercevoir l'étendue et l'importance du domaine obstétrical, il était nécessaire qu'une histoire générale et philosophique, embrassant l'histoire de tous les accoucheurs qui ont eu un rôle dans l'évolution scientifique de l'obstétrique, et de tous les faits les plus importants qui ont marqué les différentes

(1) F. Herrgott, préface du t. I, p. XIII.

étapes du progrès, vint montrer pourquoi cette branche des sciences médicales est la plus jeune de l'arbre, pourquoi son développement a été si longtemps entravé, et comment elle est arrivée a progresser et à se perfectionner.

E.-J.-G. de Siebold et F.-J. Herrgott, ainsi que l'a dit M. Tarnier, par leurs études spéciales, par leurs travaux antérieurs, par la culture de leur esprit et la rectitude de leur jugement, et par bien d'autres qualités encore étaient admirablement préparés, mûris, pour accomplir une œuvre semblable.

Dans ces trois volumes, dans toutes les périodes, dans tous les chapitres, je pourrais dire dans toutes les pages, les auteurs se sont montrés à la hauteur de leur tâche « par la sûreté des informations, l'impartialité des jugements, la méthode dans l'exposition et la justesse des appréciations ». L'érudition est impeccable, et la comparaison incessante du passé avec le présent rend la lecture de cet ouvrage aussi intéressante que fructueuse.

Si de Siebold est sorti victorieux de ce travail difficile et ingrat qui constitue la recherche des premières traces d'un art et d'une science, F.-J. Herrgott n'a pas été moins heureux en devançant pour ainsi dire la postérité, c'est-à-dire en portant sur le temps présent un jugement aussi éclairé qu'impartial.

Combien il serait désirable que tout étudiant en médecine lût, relût, possédât cette histoire de l'obstétricie! Cette connaissance lui est aussi nécessaire que l'est la connaissance de l'histoire de France pour tout citoyen français.

Quand je dis que cet ouvrage est indispensable aux étudiants, ce n'est point dans un sens exclusif, car les médecins en général, les praticiens, les chefs de service, les professeurs, ceux qui sont considérés comme des maîtres, tous enfin, gagneront à la lecture de cet ouvrage.

Les uns verront comment on est arrivé à découvrir « les grandes forces de la nature qui sont si merveilleuses dans son œuvre ; à reconnaître là la maîtresse suprême de l'art, et à poser les limites entre la nature et l'art ».

Ils apprendront comment, depuis l'apparition de l'*étoile bienfaisante* du dix-huitième siècle, l'influence des Levret, Smellie, Baudelocque, Lachapelle, Osiander, Boër, a successivement fait la part de ce qui doit être spontané, et de ce qui doit être artificiel.

Les autres n'oublieront pas que le professeur « doit être le plus zélé des étudiants ; qu'il ne conserve son autorité et son prestige, ne remplit la totalité de ses devoirs, qu'en restant au courant de la marche incessante de la science, et en coopérant lui-même à ses progrès, qu'il doit faire connaître à ses élèves, et en mettant entre leurs mains tous les moyens de guérison dont elle s'est enrichie ». Ils y puiseront le désir de s'instruire, des encouragements et des consolations, et, ayant lu l'histoire de la vie de Semmelweis, ils verront, après avoir constaté la consécration des travaux de Tarnier et de Pasteur, que si le bonheur n'est pas toujours le partage de ceux qui font les grandes découvertes, le sort de ceux qui enrichissent la science de vues nouvelles et qui rendent par cela même d'importants services à l'humanité est toujours enviable.

A. PINARD.

DE L'ABLATION PAR LE VAGIN DES ANNEXES DE L'UTÉRUS ENKYSTÉES DANS UNE PELVI-PÉRITONITE

Par le professeur **Laroyenne** (de Lyon).

Je me suis longtemps contenté d'une large incision vaginale des poches pelviennes. J'ai insisté sur la nécessité de mon trocart conducteur pour ponctionner notamment et débrider avec méthode des pyosalpinx à siège élevé, non prolabés, de faible dimension, contenant à peine une cuillerée de pus. Tout en restant toujours fidèle à ce traitement qui donne les plus heureux résultats, je m'efforce de le compléter, le cas échéant, en opérant l'ablation des annexes prola-

bées ou tout au moins leur libération des adhérences à la paroi ambiante. Mais cette opération complémentaire ne peut être réalisée que si l'on est en présence d'une péritonite enkystée et non d'une collection tubaire développée aux dépens d'une trompe dilatée. Celle-ci ne peut assurément pas renfermer d'ovaire et ses adhérences et son volume ne lui permettraient pas de franchir la brèche vaginale.

Le débridement d'une pelvi-péritonite enkystée permet donc parfois de reconnaître une ou plusieurs loges qui y sont contenues. Ces loges secondaires sont constituées le plus souvent par une salpingo-ovarite compliquée ou non de péri-salpingo-ovarite. Pozzi a consacré à l'anatomie pathologique de ces lésions une étude complète et fort bien ordonnée. Les liquides recueillis sont des plus variés; plus ou moins séreux d'habitude dans la poche principale qui a été incisée la première, purulents dans les autres situées plus profondément. Si les adhérences de ces dernières, leur siège trop élevé ne permettent pas de les circonscrire et de les décortiquer, il faut déchirer avec le doigt leur paroi presque toujours mince ou employer le trocart et le métrotome, et les tamponner ensuite avec la gaze iodoformée. Les résultats obtenus sont certes assez satisfaisants pour qu'on puisse s'en contenter et mon assistant, M. le Dr Gouilloud, en a fourni des preuves nombreuses dans diverses communications.

Mais chez d'autres malades, qui font tout spécialement l'objet de ce travail, le liquide une fois retiré de la grande poche, de la poche le plus souvent unique, on peut constater la présence d'annexes prolabées adhérentes à la paroi interne. L'utérus étant fixé et abaissé, il faut rechercher l'ovaire (je suppose pour simplifier ma description une lésion unilatérale) ; il offre une prise plus sûre que celle de l'oviducte. Mais sa recherche doit être fort attentive, car il paraît moins volumineux qu'il ne l'est en réalité et comme aplati par la tension du liquide qui le baigne. Il est soudé à la paroi du Douglas ou à la face postérieure de l'utérus, sur un point que le doigt peut atteindre, je ne dis pas toujours

aisément, mais suffisamment pour le décoller et l'attirer au dehors. Dans cette manœuvre, il est facultatif de s'aider d'une pince à mors fenêtrés, elle réduira au besoin un organe trop développé en exprimant le contenu de ses vacuoles agrandies. Cette expression ou même cette dilacération ne comporte pas d'accident puisqu'elle ne se produit pas dans la grande cavité péritonéale. La trompe plus ou moins détachée suit l'ovaire auquel elle est unie intimement. Une pince

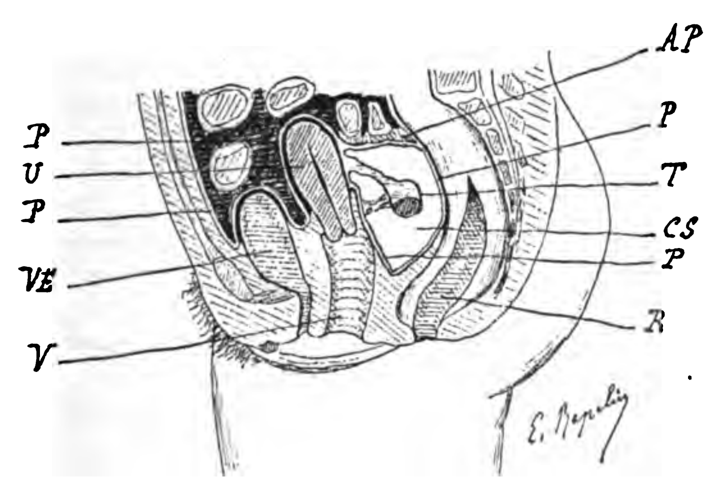


Figure schématique d'une collection séreuse, péritonéale, péri-salpingienne.
P. Péritoine. — *A. P.* Adhérences péritonéales. — *V.* Vagin. — *T.* Trompe — *V. E.* Vessie. — *C. S.* Collection séreuse. — *R.* Rectum. — *U.* Utérus.

courbe à forcipressure est appliquée sur le pédicule représenté par la trompe et une seconde au-dessus de la première, s'il est nécessaire de la sectionner sur un point plus élevé au ras de cette dernière. Elle est laissée à demeure trente-six ou quarante-huit heures. Une éponge fine est engagée dans l'incision vaginale pour assurer l'hémostase qui sera surveillée avec d'autant plus de soin que la présence d'une pince contrarie l'action compressive de l'éponge. Cette particularité relative aux difficultés possibles de l'hémostase peut faire préférer à la pince la ligature du pédicule,

lorsque le vagin n'est pas absolument exsangue. Il en est de même dans l'ablation bilatérale des annexes. La pince du premier pédicule, obstruant l'étroite entrée du champ opératoire, devient une gêne, un obstacle pour l'ablation des annexes du côté opposé.

Quel que soit le mode hémostatique employé, l'opération comporte donc deux temps; dans un premier, incision de la tumeur liquide en suivant le procédé que j'ai depuis longtemps indiqué; dans un second, recherche des annexes procidentes pour les attirer dans le vagin et les réséquer. La simplicité relative et l'innocuité de cette intervention comparée soit aux difficultés, soit aux dangers de la laparotomie et de l'hystérectomie doivent la leur faire préférer. J'ajouterai même que si une de ces deux opérations était jugée indispensable, il est rationnel de la faire précéder du débridement vaginal des collections pelviennes En effet, elles ne risqueront plus d'être ouvertes dans le péritoine pendant une laparotomie, et elles seront un obstacle de moins pour l'hystérectomie. Ainsi dans l'ablation des annexes situées dans une loge péritonéale tout à fait fermée, les doigts, les pinces ne sauraient y rencontrer ni saisir nul appendice graisseux du gros intestin, aucune frange épiploïque, aucune anse intestinale.

Cette éventualité opératoire s'observe accidentellement dans les excisions d'annexes procidentes dépourvues de péritonite enkystée, annexes libres ou directement adhérentes au péritoine pelvien. Mais elle n'est pourtant pas de nature, je m'empresse d'en convenir, à modifier les indications formelles d'une castration dont la technique ressemble sur beaucoup de points à celle que nous venons de décrire. Conséquemment si le toucher décèle une tumeur circonscrite, plaquée contre le cul-de-sac postérieur, franchement douloureuse par elle-même et ses irradiations, si son petit volume et sa proximité en facilitent l'ablation, elle devient pour ces raisons justiciables de l'incision vaginale (1).

(1) Gouilloud. *Lyon médical*, 1893.

Les lésions multiples des organes retranchés par la voie vaginale, après l'ouverture d'une péritonite pelvienne enkystée, sont naturellement semblables à celles vérifiées après une laparotomie. Je ne saurais trop le répéter, ce n'est donc pas aux dépens de l'oviducte que la tumeur ayant nécessité le débridement s'était développée, mais bien aux dépens du péritoine pelvien qui est devenu enkysté au contact des organes enflammés et des infiltrations qui ont pu s'y produire.

En résumé, lorsqu'on est en présence d'une tumeur molle ou fluctuante du cul-de-sac postérieur, dont on ne connaît d'une manière précise pas plus la nature du contenant que du contenu, la conduite à tenir est la suivante:

L'ouvrir ; le contenu est-il séreux, séro-purulent, ou séro-hématique mais surtout séreux, il est généralement alors le produit d'une pelvi-péritonite enkystée. En effet, sa fluidité, son abondance relative sont autant de caractères qui rappellent une hypersécrétion péritonéale plutôt que la sécrétion trouble ou muco-purulente d'une muqueuse tubaire enflammée et distendue. La présence des annexes dans la cavité complète le diagnostic. Sont-elles abordables ces annexes, d'une consistance et d'un volume anormal, leur ablation s'impose. Au contraire, paraissent-elles libres ou faiblement adhérentes, peu ou pas développées, il est indiqué, une fois leur décollement opéré, de les conserver au moins d'un côté, si la malade est encore jeune. Dans le doute, il convient donc de les attirer en dehors avec ménagement pour les soumettre à une inspection sommaire.

Mais malgré tout, dans la crainte qu'une simple libération ne soit pas suffisante, on est bien disposé à sacrifier des organes qui sont les vrais fauteurs de tous les accidents. Cependant le simple débridement de la poche séreuse est suivi bien souvent d'une guérison durable, à plus forte raison si on y ajoute l'ablation unilatérale des annexes les plus compromises.

Dans les hématocèles vraies que l'on n'a pas cru devoir

traiter par la temporisation, la péritonite enkystée ouverte et vidée, il est bon, si l'on trouve, d'un côté, des annexes adhérentes et franchement pathologiques, de les enlever et de borner là son intervention, car il est à peu près certain que la lésion n'est pas bilatérale. Du reste l'observation démontre, chez un certain nombre de malades, la persistance de la fécondité, que l'hématocèle ait été traitée par l'expectation ou par l'incision.

La collection est-elle médio-latérale purulente sans inclusion d'annexes, il s'agit alors d'une salpingite qui incisée réclame les pansements habituels.

L'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite, que je viens de décrire et qui a des indications fort limitées comparées à la fréquence des simples débridements vaginaux, ne peut être exécutée, bien entendu, que par les chirurgiens qui acceptent ce débridement dans le traitement des collections pelviennes. En effet, c'est seulement après l'ouverture du cul-de-sac postérieur que le diagnostic de la péritonite enkystée peut être établi, ainsi que la constatation des annexes qu'elle renferme. Il reste ensuite à décider de la possibilité de leur ablation et de son opportunité.

Voici trois observations recueillies récemment par M. Repelin, interne du service. Deux malades sont complètement guéries. La troisième, dont l'opération a été suivie d'un petit abcès pelvien, continue encore à éprouver quelques souffrances.

Obs. I. — *Collection pelvienne. Débridement vaginal, ablation des annexes gauches.* — C. Marie..., 21 ans, née à Demes (Jura), entrée le 21 mars 1893, salle Sainte-Thérèse n° 9; sortie le 5 avril.

Réglée à 15 ans. Accouchement il y a trois ans. Santé excellente jusqu'à ces derniers temps.

Il y a douze jours elle fut prise de douleurs abdominales sans causes connues : douleurs continues avec des exacerbations plus prononcées à gauche. Quelques pertes blanches. Collection constatée dans le cul-de-sac de Douglas, palpation et mouvements communiqués à l'utérus douloureux. Rien à noter à droite.

Le 22. Ponction et débridement du cul-de-sac postérieur.

Issue d'un demi-verre d'un liquide séreux presque transparent; trompe et ovaire gauches hypertrophiés; les organes adhérents à la paroi sont décollés avec le doigt, pince appliquée sur le pédicule. Éponge à cheval sur la brèche vaginale. La pince est enlevée 48 heures après son application et l'éponge le 7e jour; elle est remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

5 avril. La malade quitte le service. Revue le 11 avril, on sent l'ouverture de l'incision, pas d'induration. Les deux côtés sont très souples, aucune douleur à la palpation ni au toucher; utérus en bonne position La température s'est élevée, un jour seulement à 38°,2.

L'examen des annexes extirpées avait démontré un ovaire hypertrophié transformé presque complètement en une coque d'une épaisseur de 0,002 millim. environ, remplie de pus. La trompe hypertrophiée est tapissée d'une muqueuse fongueuse avec sécrétion purulente.

Obs. II. — *Double salpingo-ovarite, double ablation par la voie vaginale après ouverture d'une poche séreuse.*— B..., Marie-Joséphine, 24 ans, née à Lyon, entrée le 1er mars 1893 à la Charité, salle Sainte Thérèse, n° 7; sortie le 23 mars 1893.

Réglée à 17 ans, ni enfant ni fausse couche. Bonne santé habituelle, quelques pertes blanches. La malade, qui est apprêteuse de tulles, a été prise il y a une dizaine de jours de violentes douleurs abdominales qui la forcèrent à s'aliter. On constate une collection plutôt empâtée que fluctuante dans le cul-de-sac postérieur douloureux. Écoulement d'un verre de sérosité légèrement louche; par le débridement vaginal, on sent avec le doigt les annexes des deux côtés prolabées et adhérentes.

3 mars. Elles sont successivement décollées, pinces à demeure 48 heures, éponge à cheval.

Le 5. Ablation des pinces.

Le 9. L'éponge est retirée et remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

Le 16. Nouvelle mèche.

Le 21. Idem.

Le 23. Elle quitte le service.

11 avril. La malade est revue à la consultation gratuite; elle n'accuse aucune souffrance.

L'utérus est en bonne position. Le lendemain de l'opération la température s'est élevée à 38°,4.

L'examen des pièces avait démontré que les deux ovaires hypertrophiés contenaient des vacuoles remplies d'une sérosité trouble et que les deux trompes étaient légèrement épaissies et dilatées.

Obs. III. — G..., Marie-Louise, 18 ans, née à Eyzin (Isère), entrée le 26 novembre 1892, salle Sainte-Marie, n° 6. Sortie le 6 mars 1893.

Double salpingo-ovarite plus prononcée à gauche.

Ablation des annexes gauches par la voie vaginale.

Réglée à 12 ans, pas d'enfants ni de fausse couche. Le début de l'affection remonte à un mois environ. La malade éprouva au moment de ses règles brusquement, sans cause connue, des douleurs iliaques plus accusées à gauche. On constate une double salpingo-ovarite peu douloureuse à la pression du côté droit, utérus en bonne position.

14 octobre. L'incision du cul-de-sac postérieur fournit un écoulement d'un liquide séreux légèrement trouble, 190 gr. environ. Extirpation des annexes gauches, pince sur le pédicule, éponge enveloppée de gaze iodoformée dans l'ouverture. Le 16. La pince est enlevée et l'éponge laissée en place.

L'ovaire extirpé est peu volumineux, un peu induré, sa coupe est uniforme. La trompe est dilatée dans sa portion externe. La malade se plaint toujours de douleurs à gauche.

3 janvier 1893. On perçoit dans le cul-de-sac latéral gauche une petite collection manifestement fluctuante. En pratiquant le toucher on perfore la collection; il s'écoule quelques grammes de pus.

6 mars. La malade quitte le service en bon état. Revue quinze jours après, la plaie est cicatrisée et la malade ne se plaint d'aucune douleur.

Cependant le 26 mars elle revient en se plaignant de quelques douleurs à gauche.

CELLULITE ET MYO-CELLULITE LOCALISÉE DOULOUREUSE

DESCRIPTION D'UNE AFFECTION ABDOMINO-PELVIENNE COMMUNE ET PEU CONNUE

Par le Dr **Stapfer.**

Personne, je crois, ne contestera l'exactitude des propositions suivantes :

1° Les traités de gynécologie sont encombrés de mots divers qui désignent un même processus pathologique. Il y aurait avantage à simplifier cette complication.

2° Les souffrances et les infirmités des femmes atteintes d'affections du bas-ventre ne sont dans bien des cas nullements en rapport avec les lésions constatées : — petites lésions, grandes douleurs.

3° En présence de ces cas trop de praticiens interviennent sans diagnostic. Comme le pharmacien d'une comédie célèbre, qui, même sur une ordonnance illisible envoyait toujours *quelque chose*, eux aussi se décident à faire *quelque chose.*

4° Ce quelque chose consiste en des interventions variées, la plupart offensives, que guide *la mode gynécologique actuelle*, abrasions et amputations, curettages, tamponnement, laparotomies, hystérectomies, interventions qui, excellentes en elles-mêmes, ne sont trop souvent pas plus sanctionnées par l'examen anatomo-pathologique des pièces, — ou du cadavre, — qu'elles ne l'avaient été par l'examen clinique. Pratiquées de cette façon, lors même qu'elles améliorent ou guérissent, elles ne sont qu'en apparence justifiées, car se passer en médecine de la sanction du diagnostic et de l'anatomie c'est ravaler la science au plus hasardé, au plus dangereux des empirismes.

5° Puisque parmi les praticiens qui interviennent et parmi

ceux qui s'abstiennent il en est dont la compétence en exploration n'est pas mise en doute, il faut convenir que nos connaissances gynécologiques sont imparfaites et nos méthodes de diagnostic insuffisantes.

J'ai écrit dans mon *Rapport au ministre* (1), que la méthode de Th. Brandt n'était pas seulement une méthode de traitement mais une méthode de diagnostic. J'ai aujourd'hui l'inébranlable conviction, qu'un temps viendra, plus ou moins tard, suivant la rapidité de vulgarisation du système de Brandt, où l'on reconnaitra l'impossibilité de faire dans bien des cas, un diagnostic, sûr et précis, UN DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE, sans massage préalable. On dira : en présence de telle ou telle affection abdomino-pelvienne : « il faut que le massage débrouille ce bassin » ; comme on dit aujourd'hui : « il faut examiner sous le chloroforme » et le chloroforme ne conservera que les avantages de la rapidité.

J'ai écrit aussi que ceux qui pour commencer se résoudraient à l'imitation servile et patiente des procédés de l'initiateur suédois, seraient le mieux inspirés et arriveraient à des découvertes cliniques et anatomo-physiologiques. Les réformateurs trop pressés les laisseront échapper, comme elles ont échappé jusqu'à présent aux Allemands, bien qu'ils connaissent depuis 1887 la méthode de Brandt. C'est avant tout cette imitation servile et patiente des procédés de Brandt qui m'a mis sur la piste de l'affection que je vais décrire.

DÉNOMINATION ET NATURE. — Je désigne sous le nom de cellulite *les œdèmes localisés, douloureux, apyrétiques, du tissu conjonctif.* J'aurais pu me servir du mot exsudat qui n'a jamais fait fortune en France parce qu'il manque de précision scientifique. Pour cette raison, je le laisse aux Allemands, qui ont écrit au moins deux ou trois livres remarquables sur les œdèmes pelviens, volumineux, envahissant tout le bassin. Ce n'est pas ceux-là que je vise. Le lecteur se souviendra de plus qu'il s'agit d'une *variété apyrétique, sans tendance à la suppuration.*

(1) *Annales de gynécologie. La Kinésithérapie gynécologique.*

Historique.

Depuis que j'ai commencé à pratiquer la kinésithérapie gynécologique, ce qui m'oblige à explorer quotidiennement une quinzaine de femmes et à suivre mes malades au jour le jour, j'ai été frappé de voir combien les douleurs correspondaient peu aux lésions et combien un bon massage apaisait les douleurs. Des femmes qui ne pouvaient pas marcher, marchaient; d'autres qui ne pouvaient s'asseoir sans éprouver de cuisantes douleurs, s'asseyaient sans souffrir; d'autres depuis longtemps condamnées à une vie inactive, reprenaient leur activité, et cela avant que la lésion primitive dont leurs organes étaient atteints fût guérie, souvent même alors que la guérison me paraissait impossible ou reculée aux calendes. Il y avait donc une lésion secondaire que je guérissais à défaut de la primitive. Je me disais : cette lésion doit être une, la même pour des affections diverses, et elle dépend de troubles circulatoires puisque le massage agit avant tout sur la circulation.

Alors je me servis du massage pour explorer. J'abandonnai les instruments, sauf exception rare, m'évertuant à faire pousser des yeux au bout de mes doigts, me servant de l'index, du pouce, des deux mains, par le vagin, par le rectum, par la paroi abdominale, dans la station debout et le décubitus dorsal, pour examiner l'utérus et les annexes, les ligaments si négligés, *toute la zone péri-utérine des parois au centre du pelvis*. Prendre son temps, ne rien brusquer, n'éveiller la douleur qu'autant qu'elle est nécessaire, se contenter de petites observations quotidiennes, de petits progrès, arriver graduellement à des pénétrations profondes, débrouiller les organes en activant les résorptions et apaisant les souffrances, tels sont les principes généraux qui me guidèrent et me guident maintenant dans l'exploration et qui, seuls, je le crois, permettent d'arriver par une *topographie* quotidienne au diagnostic complet.

J'ai dit que je m'astreignais à imiter les procédés de Brandt

même sans pouvoir m'expliquer leur utilité. Mettant en œuvre l'effleurage rectal qu'il préconise vivement, je m'aperçus que la pression des parois pelviennes et du plancher périnéal éveillait souvent d'intolérables souffrances, que cet effleurage apaisait plus ou moins vite.

Je m'aperçus encore que les ligaments, en particulier ceux de Douglas, étaient fréquemment occupés par de telles douleurs, et dans certains cas coriaces ; qu'il existait dans leurs interstices, ou sur l'utérus, ou autour des annexes, des épaississements, et des gonflements mous ou durs, de formes variées dont quelques-uns étaient à la pression le point de départ des douleurs. Je constatai encore que le massage pouvait faire disparaître : douleur, roideur, épaississement et gonflement, lesquels s'évanouissaient parfois comme par enchantement sous un simple effleurage, l'organe sous-jacent reprenant sa forme et sa consistance normales, et d'autres fois persistaient ou se reformaient avec une ténacité toujours en rapport avec l'ancienneté de la lésion primitive. Il s'agissait sans aucun doute d'œdèmes pour les productions de consistance molle, pâteuse ou crépitante, et les productions dures pouvaient bien avoir la même origine.

Je constatai de plus, comme je l'avais déjà fait, comme l'ont constaté quantité de médecins depuis Valleix et Beau, que certaines femmes souffraient dans la paroi abdominale dans toutes les régions de cette paroi, flancs, hypochondres, épi et hypogastre, circonférence péri-ombilicale, région iliaque et non pas seulement aux points où ces auteurs ont localisé leurs névralgies lombo-abdominale et iléo-lombaire.

Outre cette diversité du siège de la souffrance, je vis encore que dans certains cas la peau avait perdu sa souplesse et que la pression de la main, pression douloureuse, éveillait une contraction des muscles sous-jacents qui pouvait faire croire à l'existence d'une tumeur viscérale.

Pour expliquer ces faits, l'expression névralgie ne satisfaisait guère ma curiosité étiologique qui le fut bien plus par le fait suivant : Mlle von Sneidern, Suédoise, élève de l'Ins-

titut central gymnastique de Stockholm, qui m'assiste dans le traitement kinésithérapique, me demanda un jour si l'une de nos malades n'avait pas *de la cellulite des parois du ventre*, et m'expliqua que les masseurs suédois réservaient ce nom à une sorte d'œdème dur ou pâteux *très douloureux* du tissu sous-cutané et qu'on le reconnaissait en faisant un pli à la peau.

Évidemment il y avait analogie entre les névralgies de Valleix et de Beau, et cet œdème. Je n'avais plus qu'à constater l'œdème, ce qui ne tarda pas.

Peu de temps après, j'eus l'occasion d'en observer un cas très remarquable dans lequel je trouvai la démonstration de la synthèse que je cherchais : unité de cette affection des parois abdominales, et des œdèmes pelviens. L'un et l'autre ont pour cause un trouble circulatoire. Un second cas très net fut constaté par moi, à la clinique Baudelocque. Depuis ils se sont multipliés.

Cependant j'avais cherché dans les publications suédoises ce qui concerne cette affection. Je vis d'abord que les Suédois donnaient en effet le nom de cellulite à une variété d'œdème sous-cutané, puis je constatai qu'ils avaient signalé l'existence de cette même cellulite sur les parois du bassin. Leurs auteurs s'excusaient de ce terme. comme s'il était impropre, à cause de la confusion possible avec le phlegmon ; mais à moi, qui entrevoyais la synthèse possible des diverses manifestations inflammatoires du tissu connectif, le terme me semblait excellent. Tous les œdèmes douloureux abdomino-pelviens me paraissaient se grouper ; grand avantage didactique, nos traités de gynécologie étant encombrés de mots divers, tels que paramétrite, périophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle, péri métro-salpingite, qui désignent un même processus pathologique, ou du moins se révèlent au doigt explorateur par des lésions de même nature, des œdèmes douloureux ; il était utile, pour la clarté de l'enseignement clinique, de simplifier toute cette complication, en faisant de ces œdèmes une seule famille où était comprise la cellulite sous-cutanée des Suédois.

Josephson (1) a donné de la cellulite générale sous-cutanée, et surtout de la forme abdominale; une excellente description. Il constate la confusion à laquelle prête le mot cellulite. « Celui qui entend pour la première fois le mot cellulite, dit-il, croit qu'il s'agit d'un phlegmon ; mais c'est tout autre chose. Tous les masseurs savent qu'il peut y avoir, en toutes parties du corps des gonflements qui sont sans doute des œdèmes légers du tissu cellulaire sous-cutané. Cette affection est très fréquente au moins chez nous, en Suède. »

Josephson rappelle que le professeur Salin décrit, depuis une dizaine d'années, la cellulite des parois du ventre, et met ses élèves en garde contre les grosses erreurs de diagnostic gynécologique auxquelles elle expose. De même Valleix et Beau apprenaient à leurs élèves que les névralgies lombo-abdominale et iléo-lombaire pouvaient être prises pour des ovarites.

Le Dr K. Viderström a publié dans le journal *Hygiæa* un article très court intitulé : *La cellulite et la myosite du fond du bassin.* Il signale, ou plutôt elle signale, — car c'est une femme — sur toute l'étendue des parois pelviennes « des parties plus ou moins douloureuses qui se révèlent au toucher comme une pâte ou comme de petits grains circonscrits, dans le tissu adipeux des fosses ischio-rectales, dans les muscles et surtout dans les attaches du releveur au coccyx ». Le Dr Viderström me paraît croire et avoir raison, que la coccygodynie n'est qu'une forme méconnue de cette affection. L'étiologie lui échappe et il se tient à la cause banale du refroidissement. Il ne paraît pas avoir saisi le lien qui unit la cellulite et la myo-cellulite aux troubles circulatoires et se borne à faire ressortir l'analogie de la cellulite des parois pelviennes avec la cellulite des parois abdominales.

Or, suivant moi, la cellulite existe aussi bien sur les parois pelviennes et dans celles de l'abdomen, que dans les liga-

(1) *Om den manuela behandlingen af gynäkologiska lidanden*. Stockholm, 1891.

ments, autour des trompes, des ovaires ou à la face postérieure des utérus rétroversés douloureux.

Elle doit être considérée comme une forme de l'exsudat des Allemands, et classée dans la famille des œdèmes. Son nom est justifié, selon toute apparence, puisqu'elle siège dans le tissu connectif et qu'elle est accompagnée, comme je le dirai, à son début tout au moins, d'une élévation de température **locale,** *calor;* — de gonflements d'aspect et consistance variables — *tumor;* — de souffrances parfois très vives — *dolor;* — manque le quatrième caractère — *rubor;* — que personne ne peut constater.

Le mot cellulite ne prête à la confusion que pour ceux qui en font le synonyme de phlegmon suppuré, ce qui est contraire aux principes de la grammaire clinique.

Quelle est l'opinion de Brandt sur la cellulite?

Il ne m'en a jamais parlé explicitement et ne la mentionne, ou du moins ne la nomme, ni dans son livre scandinave, ni dans son livre allemand. Il connaît cependant selon toute probabilité en sa qualité de masseur suédois, sa manifestation sous-cutanée. Quant aux manifestations intra-pelviennes il les connaît empiriquement, car l'effleurage rectal, auquel il a donné un nom spécial (målning) et dont il recommande l'emploi méthodique, est un excellent mode de massage pour guérir ou prévenir la cellulite des parois. Sous la dénomination générique de tumeurs, il a fait quelques descriptions, jadis incompréhensibles pour moi, au point de vue de leur interprétation didactique; mais les faits constatés par cet observateur génial, qui, à défaut d'ordre intellectuel, a l'ordre matériel au plus haut degré, conservaient leur valeur de choses vues, palpées et touchées. J'ai relu ces descriptions, elles se rapprochent de ce que j'ai observé moi-même, je les tiens pour des cas de cellulite intra-pelvienne. En définitive je crois que Brandt range cette affection dans la famille des exsudats, et l'appelle de ce nom.

Siège. — La cellulite occupe le tissu cellulaire sous-

cutané, probablement aussi les espaces conjonctifs interfibrillaires des muscles de la vie animale et végétative, ce qui justifie l'acception myo-cellulite, et les interstices des ligaments. Elle a des lieux de prédilection, et puisque je m'occupe ici de gynécologie, je cite d'abord la paroi abdominale, les organes intra-pelviens, les parois et le plancher du pelvis, mais elle occupe aussi « le cuir chevelu, les bras, les surfaces antérieure et latérales de la poitrine, la région fessière et la face interne des cuisses » (Josephson). C'est dire qu'il existe une cellulite généralisée formée par la multiplication et l'envahissement de ces œdèmes localisés douloureux, Josephson a vu des cas où les mains et les pieds étaient seuls indemnes.

Fréquence. — Elle est très grande, suivant la conception que je me suis faite de la maladie. Quant à la fréquence relative de ses diverses manifestations il me serait difficile de l'indiquer. J'ai déjà observé plusieurs cas de cellulite des parois abdominales, j'en ai observé plus encore des parois pelviennes et du plancher ; je ne les compte plus. Quant aux cas de cellulite du paramètre, comme pour une bonne synthèse gynécologique j'appelle ainsi la paramétrite, je les compte moins encore.

Puisque l'affection peut apparaître sur divers points du corps, l'homme y est exposé ; mais les Suédois admettent, je crois, une plus grande fréquence chez la femme. Ils en font une de ses affections les plus communes et se demandent si elle n'est pas spéciale à leur race, parce qu'aucun autre pays ne l'a signalée. « La cellulite paraît généralement inconnue hors de Suède », dit Josephson. Je suis persuadé, si l'on prête quelque attention à ce travail, que les cas foisonneront en France.

Division. — Nomenclature. — Je n'étudie pas la cellulite généralisée. J'étudie la cellulite localisée et me borne aux variétés qui intéressent la gynécologie.

1° *Cellulite abdominale sous-cutanée.*

Hypocondre, flancs, épi et hypogastre, région iliaque, région péri-ombilicale.

2° *Cellulite intra-pelvienne.*

Parois postéro-latérales, plancher, ligaments, utérus, annexes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La connaîtra-t-on jamais ? Je l'ignore. C'est une de ces affections qui font souffrir, qui peuvent même empoisonner la vie et la rendre intolérable ; mais elle ne tue pas.

De plus il est probable que les lésions disparaissent après la mort, ou s'altèrent et échappent à l'analyse en raison même des causes auxquelles j'attribue la cellulite.

CAUSES. — Je pense que la cellulite est due à des troubles vaso-moteurs et je fonde cette hypothèse sur les faits cliniques suivants : 1° Le massage est le meilleur traitement de la cellulite et tout le monde sait que le massage agit en facilitant la circulation du sang et de la lymphe ; 2° j'ai observé et j'observe encore une malade chez laquelle l'affection a entraîné l'impotence et qui a présenté et présente des accidents bizarres, symptômes non douteux de troubles trophiques ; 3° la cellulite est plus fréquente chez les femmes et ses manifestations s'exagèrent sous l'influence de la grossesse, des suites de couches et des règles, non pas pendant les écoulements, mais au moment des molimens ; 4° derrière la cellulite des organes génitaux et de leur voisinage se cache fréquemment une altération ou un vice de position de ces organes. A en juger par mes observations, et si j'ai bien observé, la cellulite n'est qu'un épiphénomène. Elle est secondaire et reconnaît pour cause les stases produites par les affections et déviations utérines et annexielles. Telles sont les causes générales. J'étudierai le détail à propos du diagnostic étiologique.

SIGNES. — A. *Cellulite sous-cutanée.* — Elle est caractérisée par des noyaux d'œdème pâteux ou durs, qui varient de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix et sont épars ou agglomérés dans le tissu conjonctif adipeux sous-cutané, ou peut-être dans les couches les plus profon-

des du derme. La cellulite est unilatérale ou bilatérale et occupe les diverses régions abdominales.

Ces noyaux, quelquefois difficiles à percevoir, sont, quand on les saisit entre les doigts, *douloureux*, *très douloureux et même atrocement douloureux*. Tel est leur signe pathognomonique.

Certaines malades se plaignent spontanément, sont incapables d'effort et ne supportent pas le corset. D'autres souffrent dans l'immobilité plus que pendant la marche.

C'est surtout à la pression que les malades se plaignent, et plus encore quand on fait un pli à la peau en la tiraillant légèrement pour en mesurer l'*élasticité*, *que l'affection supprime ou diminue* le plus souvent. Lorsque pendant cet examen les doigts saisissent un noyau de cellulite, la malade se plaint plus vivement. La plus courageuse peut pousser un cri et les larmes jaillir de ses yeux. Il en est qui sont prises de syncope. Elles peuvent, quand il y a prédisposition, présenter des phénomènes nerveux. J'en ai vu un cas à la Clinique Baudelocque.

Beaucoup de femmes, mais non toutes les femmes atteintes de cellulite, sont des névropathes. La cellulite abdominale est très souvent accompagnée de cellulite intra-pelvienne, et l'affection peut se manifester dans d'autres régions. Josephson dit que la cellulite du cuir chevelu produit une sensation de poids au sommet de la tête et que celle de la région précardiaque cause, outre des douleurs que la malade localise dans le cœur même, une inquiétude spéciale, de la tristesse, de la difficulté à respirer, des palpitations. Il faut se rappeler que ces femmes sont souvent débilitées et anémiées.

B. — *Cellulite intra-pelvienne.* — La cellulite pelvienne a des signes communs et des signes spéciaux à ses variétés.

Je rappelle qu'on l'observe sur les parois, sur le plancher, dans les ligaments, à la face postérieure de l'utérus et autour des annexes. Je ferai le tableau des signes communs, car les diverses variétés se mêlent plus ou moins l'une à

l'autre dans la majorité des cas ; mais j'aurai soin d'indiquer les symptômes qui caractérisent telle ou telle sorte.

Les signes communs aux cellulites pelviennes sont les mêmes que ceux de la cellulite sous-cutanée, *œdème* et *douleur*. Il faut y joindre la *chaleur*.

1° DOULEUR. — La douleur est le symptôme le plus constant et le plus facile à constater. Elle se manifeste spontanément ou à la pression dans toute les sortes pelviennes de cellulites. Dans la cellulite des parois et du plancher, elle prend une forme particulière, se manifestant lorsque la femme s'asseoit, quand elle se relève, dans l'effort des garde-robes, à leur suite, ou par l'effet des lavements irritants ou même anodins. Le phénomène n'est pas constant. Il s'accompagne assez souvent d'une sensation de pesanteur et de douleurs sacrées, qualifiées par la femme, douleurs de reins. Voilà pour les souffrances spontanées, parfois fort vives.

La cellulite se manifeste plus encore à la pression et peut alors devenir aiguë au point d'arracher à la femme des gémissements et des cris, de provoquer une syncope ou de causer des accidents nerveux. J'ai déjà décrit cela à propos de la cellulite abdominale. L'affection est une, et ses manifestations identiques, avec les variantes inévitables, qui dépendent du degré et du siège.

2° ŒDÈME. — Tantôt facile tantôt très difficile à percevoir nettement. Sa *consistance* varie de la mollesse complète à la dureté d'une racine de choux, d'un morceau de bois et même d'une exostose. Pas plus que celui de la paroi abdominale, il ne se creuse en godet, il ne garde l'empreinte du doigt quand il est pâteux ; mou, il crépite quand il est récent, après massage des couches superficielles

Son *volume* varie d'une granulation à d'énormes masses, c'est alors l'exsudat des Allemands que je ne décris pas ici.

Sa *forme* varie comme la consistance et le volume : Tantôt il prend celle de l'organe qu'il recouvre (œdème péri-salpingien, péri-ovarien, péri-ligamenteux) tantôt il donne la

sensation de gonflements, de fuseaux, de saillies triangulaires (face postérieure et fond de l'utérus rétroversé), de grains de chènevis ou de millet espacés ou agglomérés, d'empâtements, de cordes vibrantes, de tumeurs que j'ai vu atteindre la grosseur d'une noisette (parois et ligaments).

L'œdème intra-pelvien est uni ou bilatéral. Ce n'est pas une affection symétrique. Il *siège* autour de l'utérus et des annexes, dans les ligaments, sur les parois sacro-iliaques, au niveau des fosses ischio-rectales, dans l'épaisseur des muscles du plancher, dans les sphincters, et surtout dans les attaches anno-coccygiennes du releveur, où il n'est pas tangible, et se révèle, comme je l'ai dit, par des douleurs parfois violentes, spontanées ou communiquées, une sensation de poids, et une sorte de crampe.

3° Chaleur. — Si la cellulite est apyrétique, elle détermine, au début tout au moins, et lors des petites poussées qui surviennent périodiquement durant son cours, des élévations de température locale que l'on perçoit par le rectum. J'ai vu la myo-cellulite du plancher accompagnée pendant le massage d'un battement précipité des artères de la région.

(*A suivre.*)

DE L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU PIED DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉE, MODE DES FESSES.

Par le Dr **J. Potocki.**
Ancien chef de clinique obstétricale

De toutes les variétés de la présentation de l'extrémité pelvienne, c'est la présentation du siège décomplétée, mode des fesses, dont le pronostic est le moins favorable. Cela tient à deux causes : à la plus grande fréquence des cas de dystocie, à la difficulté et, trop souvent, à l'inefficacité des interventions.

La fréquence de la dystocie s'explique par cette particularité propre au mode des fesses, et sur laquelle mon maître M. le professeur Tarnier a, le premier, insisté, à savoir que les membres inférieurs, relevés en attelles au-devant de l'abdomen et du thorax, maintiennent rigide la colonne vertébrale du fœtus (1). Dès lors le tronc du fœtus, pendant son engagement et sa descente dans la filière pelvienne, ne peut plus guère s'incurver ni latéralement, ni d'avant en arrière; or, on sait combien ces mouvements d'inflexion sont utiles au point de vue du mécanisme de l'accouchement. Aussi, non seulement le fœtus éprouve-t-il de la difficulté à s'enfoncer dans le bassin, mais encore, lorsqu'il y est engagé et avant même que le 3e temps soit accompli, exécute-t-il souvent un mouvement anormal de rotation qui porte son sacrum, soit directement en avant, soit directement en arrière, donnant lieu aux variétés sacro-pubiennes ou sacro-sacrées, très défavorables par elles-mêmes Ce n'est pas tout. Dans certains cas où, le fœtus n'étant pas trop volumineux, l'engagement a pu s'effectuer jusqu'au plancher périnéal, il arrive que le dégagement traîne en longueur ou est rendu impossible par ce défaut d'inflexion du tronc ; on voit bien alors les fesses du fœtus déprimer et creuser le périnée à chaque contraction utérine, mais elles n'ont aucune tendance à se porter en avant pour se dégager. Finalement, l'utérus se fatigue, la femme s'épuise, le fœtus souffre, et puis succombe, si on n'intervient pas à temps ou si l'intervention est de trop longue durée. Excès de volume du fœtus, anomalie de la rotation, rupture prématurée des membranes, telles sont d'ailleurs les circonstances dans lesquelles on rencontre le maximum de difficultés.

---

(1) Lenoir, Tarnier et Sée. *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements.* In IV. Paris, 1865.

I. — Exposé historique et critique du traitement de l'accouchement par le siège, mode des fesses.

Quand l'enfant se présente par la tête et qu'il y a nécessité de terminer l'accouchement, on applique le forceps, et on tire : rien n'est plus simple et il n'est pas d'opération qui donne de résultat plus satisfaisant ; c'est que le forceps s'adapte bien à la tête pour laquelle il a été construit et que, dans les conditions normales, il ne détermine pas de compressions dangereuses pour l'enfant.

Il n'en est pas de même quand les fesses se présentent, quoique Levret ait déclaré que « le *forceps* peut aussi servir très utilement pour tirer hors de la vulve le derrière de l'enfant, lorsque, s'étant présenté le premier, il s'est logé dans la partie basse du bassin et qu'il menace le périnée de déchirement (1) ». C'est qu'en effet, trop souvent, le forceps dérape et qu'on se voit obligé de le réappliquer plusieurs fois de suite. On évite en partie, il est vrai, cet inconvénient, en appliquant les cuillers sur les cuisses du fœtus dans la direction du diamètre bitrochantérien, comme l'a conseillé M. Olivier (2) ; mais fréquemment le forceps se déplace et tourne autour du fœtus de façon qu'il en saisit encore le bassin et l'abdomen. De plus, quoi qu'on fasse, on court de grands risques de comprimer avec les cuillers le cordon ombilical qui est dans leur voisinage, et par conséquent de tuer le fœtus. On a même dit que le forceps comprime les viscères abdominiaux dont il peut déterminer la déchirure, qu'il fracture le bassin, etc ; mais déjà Jacquemier avait fait justice de ces critiques (3) Quoi qu'il en soit, et bien qu'on se serve du forceps Tarnier et qu'on l'applique régulièrement, bien qu'on n'exerce de tractions qu'au moment des efforts d'expulsion,

(1) LEVRET. *L'art des accouchemens*. 3e édition, Paris, 1776. p. 114.

(2) A. OLIVIER. *De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses*. Thèse de Paris, 1883, p. 84

(3) JACQUEMIER. *Traité de l'art des accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 423.

on échoue quelquefois et, du reste, on est exposé à comprimer le cordon ombilical.

Peut-on, comme Peu l'a le premier recommandé (1), employer les *lacs ?* On réussira souvent; mais il peut être très difficile et même impossible de les placer quand le pli de l'aine est élevé, que le fœtus est volumineux et fortement tassé, soit dans le bassin, soit dans l'utérus rétracté; il est vrai que leur application est facilitée par l'emploi des porte-lacs, mais outre que, même en y ayant recours, on échoue quelquefois, on ne les a pas toujours sous la main au moment où cependant ils seraient le plus utiles. Du reste, les lacs exposent à la fracture du fémur quand il s'agit de positions dorso-postérieures.

Je ne parle pas du *crochet mousse* qui permet évidemment d'exercer des tractions énergiques, mais dont l'application est souvent très difficile. Il a, en outre, le grave inconvénient d'exposer, non seulement, comme les lacs, à la fracture du fémur, mais encore aux blessures des parties molles du pli de l'aine ; on aurait même vu l'artère fémorale être perforée par l'extrémité du crochet. Toutefois, il faudrait que le crochet fût bien défectueusement placé et qu'on tirât sur lui avec une force bien grande, pour déterminer pareils traumatismes. Aujourd'hui le crochet mousse est presque complètement abandonné.

Au lieu des lacs ou des crochets, on peut tirer avec *les doigts ;* c'est vrai, mais il est bon de remarquer que les crochets et les lacs ont précisément été imaginés et conseillés pour suppléer les doigts qui, presque toujours, sont dans l'impossibilité de prendre un point d'appui solide sur les plis inguinaux, lorsque le siège est encore élevé. Pour réussir avec les doigts il est, en effet, presque indispensable que le fœtus soit profondément engagé et que le pli de l'aine ait dépassé ou du moins affleure le ligament sous-pubien. Dans ces conditions, les *tractions inguinales* sont efficaces, surtout si on

(1) PEU. *La pratique des accouchements*. Paris, 1694, p. 419.

tire d'abord directement en bas pour engager entièrement la fesse antérieure et si ensuite, mais ensuite seulement, on va, avec les doigts de l'autre main, accrocher le pli de l'aine postérieure et tirer en avant pour dégager le siège du fœtus (1).

Mieux vaut opérer ainsi que de repousser les fesses du fœtus à l'aide du doigt introduit dans le rectum de la mère (2). Quant à combiner avec cette dernière manœuvre les tractions directes exercées sur le bassin de l'enfant avec le doigt introduit dans l'anus de ce dernier (3), je crois qu'il serait dangereux d'y avoir recours si l'enfant est vivant, car on s'exposerait à produire chez lui des légions graves du côté de l'intestin.

En définitive, lorsqu'on a laissé les fesses s'engager, et qu'on se voit obligé de terminer l'accouchement, on dispose de procédés d'extraction, efficaces dans un grand nombre de cas, mais infidèles dans beaucoup d'autres, car les points d'appui que fournit l'extrémité pelvienne du fœtus sont ou insuffisants et lâchent prise, ou solides mais difficiles à atteindre. Aussi la mortalité fœtale est-elle grande à la suite des interventions.

Pourquoi donc ne chercherait-on pas à tourner la difficulté en corrigeant la présentation du siège mode des fesses avant son engagement, et en la transformant, quand cela est encore facile, en présentation du siège décomplétée mode des pieds? On aurait alors un tracteur commode pour tirer au besoin sur le fœtus lorsqu'il y aurait indication à l'extraire. Pourquoi aussi n'irait-on pas plus loin et n'abaisserait-on pas les pieds dans tous les cas, au lieu d'avoir recours aux interventions que je viens de décrire? Rien ne serait plus rationnel; d'ailleurs les deux choses ont été faites, ou conseillées.

---

(1) Farabeuf et Varnier. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*. Paris, 1891, p. 188.

(2) Lefour. *Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses*. Paris, in-8°, 1882, p. 48.

(3) A. Olivier. *Thèse de Paris*, 1883, p. 176.

Les anciens accoucheurs, redoutant l'accouchement par les fesses qu'ils rangeaient parmi les accouchements contre nature, allaient toujours chercher les pieds qu'ils abaissaient pour extraire le fœtus immédiatement après. Si le chirurgien, dit Guillemeau, n'a pu amener la tête au couronnement, l'enfant se présentant par les fesses et qu'il « cognoisse pouvoir plus facilement luy amener et conduire les pieds à l'orifice de la matrice, le meilleur et le plus seur est d'y procéder en cette sorte et de le tirer par les pieds. Et, à la vérité, quand l'enfant se présente les fesses et le siège les premiers, ayant la tête en haut, plus tôt et facilement les pieds sont rencontrez et ramenez au col de la matrice, pour le tirer par iceux » (1).

Pourtant Mauriceau reconnaissait déjà que « quand l'enfant vient le cul devant, s'il est petit ou de médiocre grosseur, et que la mère soit grande, ayant le passage assez large, il peut bien sortir en cette situation, avec un peu d'aide ; car quoiqu'il ait pour lors le corps en double, les cuisses étant pliées vers le ventre qui est mollasse, se font faire place au droit de luy sans trop grande difficulté (2) ».

Il regardait en outre comme dangereux de chercher les pieds quand les fesses étaient très engagées, car, disait-il, le chirurgien « crèverait plutôt la mère et l'enfant, que de le repousser en dedans, quand il y est une fois fortement engagé, ce qu'arrivant ainsi, il ne pourra pas l'empêcher de venir en cette situation » (p. 320).

Ainsi on abaissait les pieds toutes les fois que le siège n'était pas engagé, mais on subissait l'accouchement par les fesses quand on était arrivé trop tard après l'écoulement des eaux pour avoir eu la possibilité de refouler la présentation et d'atteindre les pieds.

Aussi vit-on se multiplier les cas dans lesquels l'accouche-

---

(1) GUILLEMEAU. *De la grossesse et accouchement des femmes*, in-8°, Paris, 1621, p. 279.

(2) MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses, etc.*, 6e édition, Paris, 1721, p. 319.

ment par les fesses se terminait spontanément, de sorte que, peu à peu, on en vint à ne plus redouter cette variété de présentation, à considérer l'accouchement par les fesses comme un accouchement normal, et, enfin, à abandonner l'intervention hâtive, considérée comme inutile par Baudelocque (1), comme mauvaise par Mme Lachapelle.

« Nous avons fait voir, dit Mme Lachapelle, d'après nos relevés de la pratique de l'hospice de la Maternité, que les positions des fesses avaient paru moins souvent funestes aux enfants que celles des pieds (comme 1/8 est à 1/6 à peu près); et cependant sur les 492 enfants qui ont présenté les fesses, huit seulement ont été tirés par les pieds ; un seul a été tiré par le crochet mousse. » Et elle ajoute : « Il est facile de conclure de cette remarque qu'il est avantageux pour l'enfant, dans le plus grand nombre des cas, que l'accoucheur se contente d'aider la nature, sans changer la position en celle des pieds » (2).

Mme Lachapelle rejette donc l'intervention, en quelque sorte prophylactique, des anciens, abandonne à lui-même l'accouchement par les fesses, et n'intervient, à la dilatation complète, pour abaisser les pieds, que dans les cas de nécessité absolue d'une prompte terminaison de l'accouchement (hémorrhagies, convulsions, inertie, etc.), lorsque les fesses ne sont pas encore engagées; si l'engagement est fait, elle tire avec les doigts, les lacs ou le crochet mousse.

Telle est d'ailleurs la conduite adoptée presque sans discussion à l'heure actuelle. Dans le siège mode des fesses exactement comme dans la présentation du sommet, on n'intervient que s'il y a une indication quand toutefois la dilatation est complète. L'indication se présente-t-elle lorsque le siège est encore au détroit supérieur, les auteurs conseillent d'abaisser les pieds. Le siège est-il engagé ? ils considèrent que l'abaissement des pieds est impossible, et, sui-

(1) BAUDELOCQUE. *L'art des accouchements*, Paris, 7e édition, 1833, p. 350.

(2) LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, 4e mémoire, t. II, 1825, p. 70.

vant leurs préférences personnelles, ou l'école à laquelle ils appartiennent, ils conseillent l'application des lacs, du forceps, voire même du crochet mousse, ou les tractions inguinales manuelles.

Avec mon maître M. le professeur Pinard, qui a bien voulu me confier le soin de faire connaître et de développer ses idées et sa pratique à ce sujet, je crois qu'il faut en appeler de cette expectation trop absolue, et qu'il est bon de revenir, dans une certaine mesure, à la pratique interventionniste des anciens accoucheurs. En quoi consistera cette intervention ? A abaisser un pied, au moment de la dilatation complète, pour transformer le siège mode des fesses en siège partiellement décomplété mode des pieds, et ensuite à abandonner l'accouchement à lui-même, ou à extraire le fœtus si l'indication s'en présente. C'est donc un *abaissement prophylactique*, qui vise deux points différents :

1° Par la correction du mode des fesses, on empêche la dystocie spéciale due à cette variété de la présentation du siège, de la même façon qu'en fléchissant la tête dans la présentation de la face et en la transformant en présentation du sommet, on évite les difficultés et les complications inhérentes à l'accouchement par la face.

2° Par la déflexion d'un membre inférieur, on se crée une prise solide et commode pour exercer plus tard, si besoin est, des tractions sur le fœtus.

Il y a plus. La manœuvre qu'emploie M. Pinard pour abaisser un pied, n'est pas seulement applicable quand les fesses sont encore au détroit supérieur, comme mon maître le croyait encore à l'époque où il a inspiré la thèse de mon collègue et ami Mantel (1); elle l'est encore quand le siège est engagé, de sorte qu'elle peut être mise en parallèle avec les procédés d'extraction dont j'ai parlé. Mais si on y a recours dans ces conditions, il ne s'agit plus d'abaissement

(1) MANTEL. *Une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.* Thèse de Paris, 1889.

prophylactique à proprement parler, mais d'*abaissement curatif*; je m'en occuperai néanmoins et je démontrerai que, quel que soit le degré d'engagement du siège, il est possible d'abaisser un pied en employant le procédé de M. Pinard, en dépit des affirmations contraires avancées gratuitement dans les livres.

L'idée de l'abaissement prophylactique du pied n'est pas nouvelle, puisque les anciens accoucheurs y avaient ordinairement recours, mais elle était lettre morte, quand, en 1872, Ahlfeld eut le mérite de la réhabiliter, en y ajoutant une donnée originale. Tandis, en effet, que les anciens abaissaient les pieds et immédiatement après extrayaient le fœtus, Ahlfeld, après avoir défléchi un membre inférieur, abandonne à la nature le soin d'expulser le fœtus et ne procède à l'extraction que s'il y est forcé par une indication maternelle ou fœtale. Il intervient d'ailleurs aussi bien pendant la période de dilatation que pendant celle d'expulsion, à condition que les fesses ne soient pas engagées. Il ne conseille pas cependant d'abaisser le pied dans tous les cas de présentation du siège mode des fesses, et il réserve l'application de sa méthode aux primipares à terme quand on a reconnu que les enfants sont volumineux (1).

Spiegelberg recommande également l'abaissement préventif du pied avant l'engagement des fesses, mais il veut qu'on opère de bonne heure, quand les pieds sont encore accessibles. Pour lui, il ne faudrait, du reste, intervenir que dans les trois circonstances suivantes : rigidité des parties molles, bassin généralement rétréci, procidence du cordon (2).

Mangiagalli, qui se montre aussi partisan de l'abaissement prophylactique du pied, propose d'en généraliser l'emploi à tous les cas de présentation du siège mode des fesses, au moins chez les primipares (3).

(1) AHLFELD. Ueber Behandlung der gedoppelten Steisslagen reifer Kinder bei Erstgebärenden. *Archiv. für Gynäkologie*, 1873, t. V, p. 174.

(2) SPIEGELBERG. *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1878, p. 803.

(3) MANGIAGALLI. *Il quinquennio*, 1875-1879, *nella clinica ostetrica di Milano*. Milan, 1881, p. 89.

Quant à l'abaissement du pied dans un but curatif, le siège étant engagé, abaissement condamné déjà par Mauriceau comme je l'ai rappelé, il a cependant été effectué avec succès en 1698, par de la Motte « malgré l'apparente impossibilité qu'il y voyait », dans un cas où les fesses étaient trop engagées pour qu'il y eût espoir de les repousser, et où il ne fut pas possible d'accrocher les aines (1).

Robert Barnes, qui avait été maintes fois aux prises avec les difficultés des interventions classiques sur le siège, en était arrivé, de guerre lasse, à ne plus vouloir exercer des tractions directement sur le siège et à professer que « si le travail s'arrête, ce qu'il y a à faire tout d'abord, c'est d'amener un pied ;... la main, ajoute-t-il, m'a toujours suffi dans ces cas. Comme j'ai eu affaire aux cas les plus difficiles qu'on rencontre, la main nue doit aussi triompher dans les cas les moins malaisés » (2).

L'abaissement curatif du pied, malgré les efforts de Barnes, n'a pas fait plus de prosélytes que l'abaissement prophylactique : on l'a considéré comme un idéal impossible ou très difficile à réaliser avec la technique indiquée par son auteur.

De quelle façon les accoucheurs conseillent-ils donc d'abaisser les pieds dans la présentation du siège mode des fesses ? On verra à la lecture tout ce que ces procédés ont de défectueux et combien leurs descriptions sont incomplètes, et on ne s'étonnera plus qu'ils n'aient guère été employés.

Mauriceau recommande de ne pas laisser l'enfant s'engager dans le passage s'il vient les fesses devant. Le chirurgien « s'en étant donc aperçu de bonne heure, dit-il, il repoussera le cul, si faire se peut, sans aucune violence ; et ensuite ayant glissé sa main le long des cuisses, jusques aux jambes et aux pieds de l'enfant, il les amènera tout doucement l'un

(1) De la Motte. *Traité complet des accouchements*, 2e édition, Paris, 1765, t. II, p. 883.

(2) Robert Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*. Traduction française par Cordes, Paris, 1873, p. 149.

après l'autre hors de la matrice, en les pliant, étendant, tournant et tirant vers le côté le plus facile ; prenant bien garde à n'y pas faire trop grande contorsion, ni aucune dislocation ; après quoi il tirera le reste du corps de la même façon que s'il était venu les pieds devant » (1).

De la Motte, dans un cas où les fesses étaient très engagées, alla chercher les pieds et réussit à les abaisser en procédant de la façon suivante : « Je trempai, dit-il, ma main dans l'huile, dont je coulai très doucement, et peu à peu un doigt vers la fourchette le long du vagin, puis un second, après un troisième, et enfin jusqu'à ce que le poulce et la main pussent y être introduits, allant toujours avec douceur, et sans aucune violence, afin de ménager cette partie, et la rendre peu à peu susceptible de la dilatation nécessaire. Après avoir vaincu cet obstacle, je portai ma main avec la même douceur, le long des cuisses et des jambes, et jusqu'à ce qu'enfin j'eusse atteint les pieds, que je pris tous deux, et en repliant et repoussant les genoux vers le ventre de l'enfant, je trouvai le moyen de leur ouvrir un passage, et de les attirer dehors ; ..... mais ce ne fut qu'avec un tems très long, de sérieuses réflexions, et une peine extrême, non pas par rapport à la violence, dont je n'usai point, mais par la grande attention qu'il me fallut toujours avoir, de crainte de déchirer l'entrefesson » (2).

M[me] Lachapelle, qui reconnaît, comme nous l'avons vu, l'utilité d'abaisser les pieds quand les fesses ne sont pas encore engagées et qu'il y a nécessité à terminer l'accouchement, dit : « On introduira, suivant les règles connues, la main dont la paume s'appliquera le plus aisément sur les pieds (main gauche pour première position, et *vice versâ;* on pourra, comme le conseille Burton, repousser *de côté* (s'il est possible) les fesses, de manière à rapprocher les pieds du centre du détroit supérieur ; on saisira, autant que

(1) MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses.* Paris, 1721, p. 319.

(2) DE LA MOTTE. *Traité complet des accouchements,* 2e édition, Paris, 1765, t. II, p. 883.

possible, les deux jambes à la fois, et on les amènera brusquement dans l'excavation si l'utérus contient encore de l'eau, ou s'il est peu contracté, l'enfant petit et les passages bien ouverts. Si la disposition contraire a lieu, on tâchera de saisir chaque jambe l'une après l'autre ; on poussera le pied du côté interne et, fléchissant le genou au moyen du pouce appliqué sur le creux du jarret, tandis que les autres doigts appuient sur la jambe, on fera glisser cette partie de haut en bas et de dehors en dedans (relativement au fœtus) au devant de l'abdomen, puis on l'amènera dans le vagin (1). »

Voici comment R. Barnes propose d'abaisser les pieds dans la présentation du siège, mode des fesses : « Le second cas — lorsque les pieds sont au fond de l'utérus, proche de la face — présente beaucoup plus de difficultés. Le coin formé par les jambes étendues et la partie supérieure du tronc doit, dans quelques cas, être décomposé avant qu'on puisse délivrer.

« La raison de la difficulté s'explique d'ailleurs par le fait que la main de l'opérateur, qui doit aller jusqu'au fond de l'utérus, n'a que peu de place si le siège est déjà fort engagé. La version n'exige pas souvent l'introduction de la main aussi haut.

« Le mode opératoire est le suivant : donnez du chloroforme jusqu'au degré chirurgical, soutenez le fond de l'utérus avec votre main droite ; introduisez votre main gauche dans l'utérus, en l'insinuant doucement au delà du détroit supérieur, la paume à plat sur le ventre du fœtus, jusqu'à ce que vous atteigniez le pied, — le pied antérieur est encore le meilleur — mettez un doigt en crochet sur le cou-de-pied et tirez de façon à fléchir la jambe sur la cuisse, puis amenez le pied au dehors. Le principal obstacle est maintenant dépassé, et vous pouvez, s'il le faut, tirer sur la jambe. Dans cette manœuvre, il faut appliquer le doigt sur le cou-de-pied,

---

(1) LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. II, p. 88.

faute de quoi vous ne pourriez pas fléchir la jambe; il faut donc que votre doigt monte jusque tout près du fond de l'utérus. Cette nécessité et le fait que le détroit supérieur et souvent une partie de l'excavation sont occupés par le siège, rendent cette opération fort malaisée; elle exige beaucoup de douceur et d'assurance. Au moyen de cette manœuvre, j'ai plusieurs fois amené un enfant vivant, lorsque le forceps, le crochet et d'autres moyens avaient été essayés en vain pendant plusieurs heures » (1).

Spiegelberg, qui est partisan dans certains cas déterminés de l'abaissement prophylactique du pied, conseille aussi l'abaissement curatif, toutes les fois qu'on le reconnaîtra possible, c'est-à-dire quand le siège est encore élevé et mobilisable, ou même quand le siège quoique engagé peut être remonté.

« Pour abaisser le pied, — le pied antérieur toujours, si possible — on emploie la main homonyme; on repousse le siège du côté du dos; on saisit le pied s'il est dans le voisinage; s'il n'y est pas, on pénètre avec le bout des doigts le long de la cuisse jusqu'au creux poplité, on la pousse contre l'enfant; on plie le genou, et on accroche avec les doigts la jambe ainsi rapprochée, et de là on arrive ainsi facilement au pied. S'il y a peu de place, et si la femme est d'une grande sensibilité, l'anesthésie peut être indiquée » (2).

Bien d'autres accoucheurs parlent encore de l'abaissement du pied, mais ils le font sans originalité. Aussi n'y a-t-il aucune utilité à les citer.

A la suite de cette lecture, on est tout étonné de remarquer que les auteurs, à l'exception de Barnes, ne distinguent pas le mode des fesses primitif, dans lequel les pieds sont situés au niveau de la face du fœtus, du mode des fesses secondaire où ils sont restés plus ou moins proches du détroit supérieur. On ne tarde même pas à se convaincre que ces auteurs

(1) BARNES. *Leçons sur les opérations obstétricales*. Traduction française, Paris, 1873, p. 151.

(2) SPIEGELBERG. *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1878, p. 803.

ont principalement en vue le mode des fesses secondaire. La différence est pourtant essentielle, car les difficultés de l'abaissement du pied sont bien moins grandes dans ce dernier cas.

En résumé, si on peut expliquer le défaut de vulgarisation de l'abaissement prophylactique par le respect de la tradition, qui veut qu'on abandonne à lui-même l'accouchement par les fesses, on n'en doit pas moins incriminer également l'imperfection des procédés conseillés pour abaisser les pieds. Cette imperfection est surtout manifeste quand il s'agit du siège engagé, à telle enseigne que Spiegelberg lui-même, qui pourtant recommande la technique la plus satisfaisante, reconnaît qu'elle est inapplicable dans ce cas. Si on veut imiter Barnes et aller avec la main jusqu'au fond de l'utérus saisir les pieds, on éprouvera, si l'utérus est rétracté, les plus grandes difficultés non seulement pour défléchir les membres inférieurs, mais même pour introduire la main, et si on agit avec force on s'expose à rompre l'utérus; d'ailleurs le procédé de Barnes est impraticable, quand le siège est engagé.

Au contraire, la manœuvre employée par M. le professeur Pinard réussit dans tous les cas. Nous en exposerons prochainement le manuel opératoire. (*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

SUR UNE CAUSE RARE DE L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Par le Dr **G. Maurange**, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Dans le mémoire de Rollin (1) sur les hémorrhagies de l'ovaire, on lit à propos de celles qui surviennent dans les

---

(1) ROLLIN. — *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Th. de Paris; Steinheil, 1889. *Annales de gynéc.*, 1889, p. 354.

follicules hydropiques: « Peuvent-ils - ces kystes ayant été le siège d'apoplexie — se rompre et causer l'hématocèle? peuvent-ils se résorber et devenir l'origine d'un hématome de l'ovaire ?... Nous l'ignorons. » Aucun fait à notre connaissance, n'est venu trancher la question depuis qu'elle a été posée, nul n'a permis d'apprendre la part que pouvait avoir l'apoplexie des kystes folliculaires de l'ovaire, et leur rupture ultérieure sur la production de l'hématocèle pelvienne. C'est pourquoi, ayant eu l'occasion d'observer un cas où cette étiologie rare a été démontrée par l'examen anatomique de la pièce, il nous a semblé intéressant d'en publier la relation, pour apporter notre contribution à ce point important.

Ovaires polykystiques. Apoplexie intrakystique droite. Rupture de la poche. Hématocèle rétro-latéro-utérine. Laparotomie. Guérison.

Mme D. 29 ans. Sans antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, l'a toujours été régulièrement jusqu'en mai 1889, où elle est devenue enceinte. Accouchement normal le 18 février 1890. Pas de suites immédiatement constatées. Fièvre typhoïde grave en août 1890, parfaitement guérie.

En février 1891, métrite légère du col. Les annexes sont reconnues saines bien que la malade se plaigne, à droite de douleurs éphémères avec retentissement dans la cuisse du même côté. Pansements glycérinés, désinfection méthodique du vagin; applications iodées sur le col. Guérison apparente au commencement d'avril.

La même année, le 21 août, après un retard constaté de trois semaines, tranchées utérines violentes, péritonisme. Du 5 au 12 septembre, élimination laborieuse et douloureuse de gros caillots et de fragments de muqueuse mortifiée. Malgré l'absence de démonstration anatomique on pose le diagnostic probable de fausse couche de trois semaines. Antisepsie soigneuse. Lavages intra-utérins. Apaisement des symptômes.

Le 29 octobre, examen au spéculum. Je constate de l'endo-métrite avec écoulement de muco-pus par le museau de tanche : les annexes paraissent à peine touchées; néanmoins le côté droit est légèrement sensible à la pression, et malgré la dificulté de l'exploration, — la

malade est très grasse, — je trouve la trompe du même côté un peu épaissie et augmentée de volume. Je propose un examen plus complet, sous le chloroforme : M[me] D. refuse absolument.

Depuis ce moment les règles sont très douloureuses, peu abondantes, et chaque fluxion menstruelle est accompagnée de nausées, de sensibilité du ventre, etc. L'état général se maintient assez bon.

Le 8 mars au matin, subitement apparaissent des symptômes de pelvi-péritonite, marquée surtout à droite, avec ballonnement considérable du ventre, vomissements, état syncopal. Le flanc droit paraît rempli par une tumeur du volume d'une tête fœtale et très douloureuse à la palpation. Traitement : glace sur le ventre ; injections vaginales à 40° au sublimé ; belladone. Cet état dure avec des exacerbations et des accalmies jusqu'au 4 avril, sans que la température, souvent normale, dépasse 38°,6. Ce jour-là les phénomènes aigus *paraissent complètement apaisés :* mais il est facile de constater à la palpation, l'existence d'une tuméfaction arrondie, du volume de deux poings, qui occupe tout le côté droit de l'excavation.

C'est pour déterminer la nature de cette grosseur que la malade est examinée sous le chloroforme, le 10 mai, par le D[r] Pozzi et moi. Cette exploration permet de reconnaître la nature kystique de la tumeur, développée aux dépens des annexes droites, mais sur la nature du contenu de laquelle M. Pozzi reste incertain. A gauche l'ovaire paraît kystique, la trompe épaissie. On propose la laparotomie qui n'est pas facilement acceptée, en raison du peu de douleurs dont la région est le siège, et de la liberté relative qu'elle laisse a la malade de vaquer à ses occupations et à ses plaisirs. Néanmoins dans la crainte d'accidents plus graves elle consent enfin à l'opération qui est pratiquée le 18 mai par le D[r] Pozzi. Incision de six à sept centimètres.

A l'ouverture du ventre, le chirurgien introduit la main dans la région iliaque droite où siège la tumeur. Il détache avec précaution les anses intestinales qui adhèrent à la surface d'une poche formée de néo-membranes. Puis il tombe immédiatement dans un foyer hémorrhagique limité artificiellement en haut, par la masse intestinale, latéralement par les parois pelviennes, en bas par le cul-de-sac de Douglas, en avant par le ligament large.

Des caillots noirs sont extraits avec la main ; on peut évaluer

leur quantité à celle qui serait nécessaire pour remplir un demi-litre. La poche vidée, on va à la recherche des annexes et l'on constate que la trompe est épaissie, et que l'ovaire, très développé, présente à peu près le volume du poing. Ces organes sont liés par une ligature croisée et enlevés. On peut se rendre alors un compte exact des lésions.

La trompe dont le pavillon est oblitéré, montre tous les signes de la salpingite parenchymateuse. L'ovaire est tout à fait transformé par la présence de plusieurs kystes folliculaires, dont l'un de la grosseur d'une belle amande, à contenu séreux, occupe la presque totalité de ce qui reste de l'ovaire.

Mais la plus grande partie de celui-ci est représentée par une coque épaissie et largement rompue, remplie de caillots sanguins. Il s'agit là, comme nous le montre M. Pozzi, d'un kyste folliculaire volumineux, gros comme un œuf de pigeon, ayant été le siège d'une apoplexie, laquelle rompue à son tour, a occasionné une hématocèle, rétro-latéro-utérine. Et c'est cette hématocèle enkystée, qui formait la masse observée dans le pelvis droit avant l'intervention, et dont le volume avait été comparé à celui d'une tête fœtale.

Les annexes du côté gauche sont recherchées et extraites. La trompe est soudée à l'ovaire, qu'elle embrasse, suivant la comparaison de M. Pozzi, comme l'épididyme le fait du testicule. Le pavillon est oblitéré ; et l'organe offre aussi les lésions de la salpingite parenchymateuse. L'ovaire est très dur, bosselé, scléro-kystique. Enfin dans l'aileron de la trompe, existe un petit kyste séreux du volume d'un haricot.

Lavage du péritoine. Drainage à l'aide d'une poche de gaze iodoformée (Mikulicz) dans laquelle on introduit deux bandes de gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont simples. Une des lanières de gaze iodoformée est enlevée le second jour, la deuxième le troisième jour, le sac de Mikulicz est supprimé le quatrième jour et remplacé par une simple bandelette qui est elle-même enlevée le neuvième jour.

Le 10 juin, la malade quitte la maison de santé, complètement guérie, vingt-trois jours après l'opération.

RÉFLEXIONS. — L'observation qu'on vient de lire est typi-

que : il s'agit bien d'une hématocèle pelvienne (Pozzi) intrapéritonéale due à la rupture d'un kyste folliculaire ayant subi l'apoplexie.

Il est facile d'après l'observation de reconstituer la suite logique des phénomènes. Dès le mois de février la salpingo-ovarite de l'ovaire droit avait commencé ; la sensibilité droite, le retentissement douloureux du côté de la cuisse, donnent quelque créance à cette opinion. Cinq mois plus tard, brusque apparition des symptômes aigus qui ont marqué l'apoplexie ovarienne et qui ont été improprement mis sur le compte d'un avortement. Enfin six mois après, signes plus aigus encore, péritonitiques, qui sont en rapport avec la rupture du kyste à contenu hémorrhagique, en rapport avec la production de l'hématocèle.

C'est là une étiologie des plus rares, entrevue seulement par Huguier (1) et Denonvilliers (2), signalée par Laugier (3) dans son mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine; admise par Eugène Bœckel (4) dans une très remarquable observation ; supposée, comme nous l'avons dit, par Rollin dans sa thèse ; nettement affirmée enfin pour la première fois en ces termes par Pozzi: « La dégénérescence micro-kystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture donne lieu à un épanchement de sang dans le péritoine » (5). Mais on peut dire qu'aucun de ces auteurs n'a eu des relations de l'apoplexie kystique avec l'hématocèle, la preuve anatomo-pathologique que présente notre observation. Le cas d'Eug. Bœckel doit en effet être rangé dans la catégorie des hématomes de l'ovaire, l'augmentation de volume qui se produisait à chaque période menstruelle le

(1) Huguier. *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 266.

(2) Denonvilliers. *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 275.

(3) Laugier. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1855, p. 457.

(4) Eug. Bœckel. Des kystes ménorrhagiques de l'ovaire. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79.

(5) S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e édit., p. 841.

démontre. Il présente donc avec le nôtre cette différence essentielle, que chez sa malade l'hémorrhagie était *intra-vésiculaire*, comme dans une observation analogue de Terrier, citée dans la thèse de Rollin : l'existence dans ces deux exemples de diverticules représentant des follicules de Graaf successivement rompus dans le kyste, ne laisse aucun doute à cet égard. Dans notre cas au contraire, l'hémorrhagie s'est faite dans le follicule ayant déjà subi la dégénérescence scléro-kystique et affranchi par conséquent de tout rapport de fonction avec ses congénères.

Voilà pourquoi loin d'avoir constaté chez notre malade cette ponte intra-kystique, cette tendance continue à l'accroissement, la tumeur ovarique est restée sensiblement stationnaire depuis le jour de l'apoplexie jusqu'à celui de la rupture. Puis, lorsque la poche s'est enfin ouverte, l'hématocèle s'est produite, et, le premier ictus péritonéal passé, s'est comportée avec une relative bénignité. Notre cliente a pu dans l'intervalle qui a séparé l'accident de l'opération, se relever, aller à la campagne, sans inconvénients notables.

Ces hématocèles n'ont pas en effet de tendances à se répéter comme celles provenant d'hémorrhagies extra-vésiculaires (Rollin) et à se développer comme les hématocèles fœto-tubaires ou comme celles qui proviendraient de la rupture d'un kyste ménorrhagique (Eug. Bœckel). Car elles ont une source limitée qui est le contenu du kyste lui-même, qui a été le siège de l'apoplexie. Et c'est là un des caractères principaux par lequel elles se différencient symptomatiquement des premières. Puis elles sont toujours précédées des signes de la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, de la salpingite kystique ; ce n'est qu'un accident dans l'évolution ordinaire de ces affections.

Malgré la tolérance remarquable du péritoine pour cet épanchement limité d'origine hémato-kystique que l'on sait d'ailleurs être aseptique, il faut opérer ces hématocèles sur la résorption desquelles il serait téméraire de compter en raison des rapports qu'elles gardent avec la poche adven-

tice qui en est lé point de départ. Du reste en ne les considérant que comme un épiphénomène dans la maladie kystique de l'ovaire, elles sont, comme celle-ci, justiciables de la laparotomie et soumises aux mêmes indications. Dans notre cas, M. Pozzi n'a pas eu à se repentir d'être intervenu, l'opération ayant démontré que les deux ovaires, les deux trompes, étaient dégénérés.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Procédé d'hémostasie préventive du Dr Cameron dans l'opération césarienne.

Dans l'opération césarienne, indépendamment de toute faute opératoire, comme celle qui consisterait, par exemple, à inciser trop latéralement, à intéresser par suite les gros vaisseaux qui abordent les cornes utérines, il y a toujours risque d'hémorrhagie. Le fait est bien connu, et l'on a imaginé plusieurs procédés pour prévenir cette complication, parfois très redoutable, ou pour y parer. Pour ce qui est de l'importance réelle de la complication et des divers procédés hémostatiques, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur au travail important que le Dr Potocki a publié dans ce journal (1).

Peu satisfait des autres méthodes, de l'application en particulier, suivant le conseil de Litzmann, d'un lien élastique autour du col, méthode à laquelle nombre de chirurgiens ont fait le reproche, fondé, de favoriser l'hémorrhagie secondaire, le Dr Cameron a cherché un autre procédé hémostatique. Il a imaginé et expérimenté le suivant, qui se serait montré, dans ses mains tout au moins, particulièrement efficace, inoffensif, et dont les traits principaux consistent dans : 1° *l'usage d'un pessaire ;* 2° *La compression de l'utérus, générale ou partielle, avec des éponges chaudes.*

Avant de le décrire, rappelons sommairement que les causes de l'hémorrhagie, sont : *a*) *l'incision utérine ; b*) *l'aire placentaire*

---

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, février 1890, p. 123.

(quand, complication sérieuse, l'incision tombe sur l'insertion du délivre); *e*) l'*atonie utérine*.

A) La fig. 1 montre immédiatement de quelle manière on se sert du pessaire. L'utérus étant bien ramené vers la ligne médiane du corps, c'est-à-dire corrigé de son inclinaison latérale et de son mouvement de torsion ordinaire, le pessaire est appliqué sur sa face antérieure, de façon à encadrer symétriquement une partie de la ligne de la future incision. Il doit en ce point réaliser une sorte de couronne de compression, et amener l'hémostase dans toute la portion du tissu utérin comprise dans cette couronne. Cela étant, on fait une petite incision en boutonnière qui, grâce à la constriction opérée par le pessaire, ne s'accompagne pas d'écoulement de sang. De plus, cette hémostasie permet de reconnaître, le cas échéant.

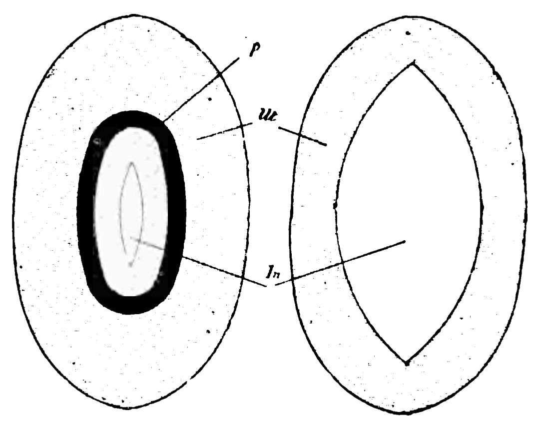


Fig. 1. — *P*, pessaire. — *Ut*, utérus. — *In*, incision.

grâce à sa coloration plus sombre, la présence du placenta au niveau de l'incision.

L'incision en boutonnière pratiquée, et l'examen touchant la présence du délivre étant fait, le pessaire est enlevé, et l'incision agrandie. Quand le placenta répond à l'incision, on peut soit l'inciser, soit le décoller avec le doigt à mesure qu'on complète l'incision de l'utérus, puis continuer à le décoller avec le bord de la main gauche, jusquà ce qu'on soit arrivé sur les membranes, qu'on ouvre, et l'on extrait l'enfant. Selon Cameron, il ne faut, sous aucun prétexte, extraire d'abord le placenta, parce que l'hémor-

rhagie, grâce à la technique suivie, est généralement insignifiante, que toute diminution du contenu utérin favorisant la rétraction de l'organe complique, rend plus difficile l'extraction de l'enfant, et qu'enfin le décollement et l'extraction des membranes sont plus faciles quand elles accompagnent l'extraction du délivre, que faites isolément.

B) L'utérus évacué, il faut immédiatement se prémunir contre toute hémorrhagie par inertie utérine. L'opérateur doit tout de suite empoigner l'utérus et le tenir jusqu'à ce qu'un assistant, dont le rôle à ce moment là devient très important, l'ait saisi, et le tienne empoigné ainsi qu'il est représenté dans *la fig.* 2, tout en éversant les lèvres de l'incision. Cette saisie solide, réalisée

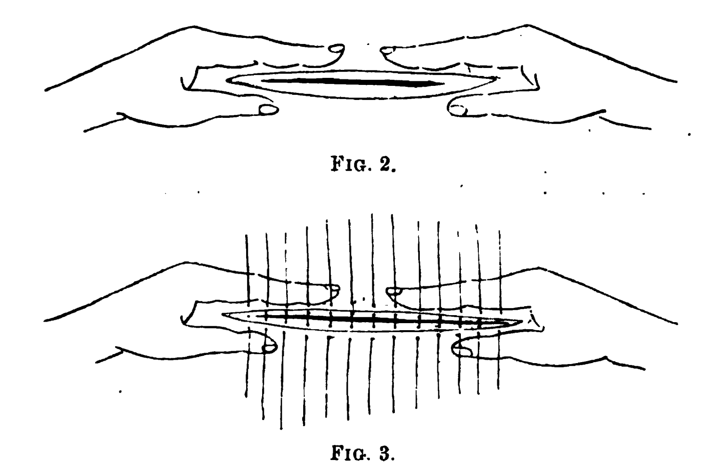


FIG. 2.

FIG. 3.

par l'assistant, prévient toute hémorrhagie, et l'opérateur peut procéder désormais à la suture. Cameron fait de 7 à 10 sutures qui comprennent, non entièrement (*fig.* 3), mais presque l'épaisseur de la paroi utérine. Les fils placés, les lèvres de l'incision sont accolées, et l'utérus enveloppé entièrement d'une éponge plate, volumineuse, chaude, puis franchement et énergiquement comprimé à deux mains, ce qui assure la contraction. La contraction obtenue, les fils sont liés, et la manœuvre précédente (éponge chaude et compression énergique) est renouvelée. On coupe ensuite les fils, on lie les trompes, et l'utérus est rentré dans la cavité abdominale, qu'on éponge soigneusement. Si l'on remarque quelque

écoulement sanguin au niveau d'un ou plusieurs fils de suture, il suffit d'exercer à ce niveau une compression légère avec une éponge chaude.

Tel est le procédé d'hémostasie préventive que Cameron, adversaire décidé de tous les autres, a expérimenté et qu'il recommande pour en avoir retiré des avantages marqués. Si l'on en juge d'après la discussion qui a suivi la communication qu'il en a faite à la *British med. Association* (1), le procédé ne s'est montré ni aussi avantageux, ni aussi efficace entre les mains d'autres chirurgiens (Spencer, Batchelor). Il est vrai, toutefois, que dans le cas de Spencer, il s'agissait d'un utérus fibromateux, et que dans celui de Batchelor il n'est fait mention que de l'inefficacité des éponges chaudes dans un cas d'inertie utérine *post-partum*, consécutive à un accouchement prolongé.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(Suite) (2)

GUÉNIOT. — **Des indurations pathologiques du col utérin.** — Sauf le cas où l'enfant est vivant et la grossesse à terme ou à peu près, conditions dans lesquelles la césarienne est indiquée, Guéniot préconise les multiples et petites incisions contre les dégénérescences morbides du col, cause de dystocie. Non seulement il incise sur les parties saines, mais aussi sur les parties indurées, sectionnant toutes les brides qui font obstacle, et pour cela, mettant ces brides en évidence en tendant le col soit au moyen des doigts, soit au moyen d'un large écarteur. Le débridement opéré, le fœtus est extrait avec le forceps, mais prudemment, et l'on a soin de sectionner successivement tous les tissus fibreux qui gênent l'extraction.

Discussion : PINARD après avoir rappelé deux cas où l'on fit

(1) « Sixtieth annual meeting of the British med. Assoc. ». *Brit. med. J.*, décembre 1892, p. 1383.

(2) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1893, p. 308 ; 595.

des incisions multiples pour des dégénérescences cancéreuses du col, et qui furent suivis de mort (Maternité, Clinique d'accouchements; dans l'un de ces cas, il y avait eu déchirure de la vessie par prolongement d'une des incisions cervicales), se déclare plutôt partisan de l'opération césarienne en semblables conditions. Il a connaissance de deux autres faits, dans lesquels l'opération de Porro fut pratiquée avec succès.

Guéniot insiste sur la bénignité des incisions multiples et petites et persiste à croire cette méthode préférable à l'opération césarienne, sauf dans les cas où la dégénérescence cancéreuse ayant envahi le vagin, le rectum ou la vessie, l'hésitation est explicable.

Démelin. — **De l'insertion vicieuse du placenta dite complète.** — Ce mode d'insertion, qui consiste en ce que les cotylédons occupent l'aire dilatée ou dilatable, correspond bien à une réalité clinique et anatomique (ainsi qu'il ressort de 8 cas suivis d'autopsie). L'auteur a pu en rassembler 40 observations, dont 22 dans les hôpitaux de Paris : 12 à la Maternité, 2 à la Clinique, 4 dans le service de Budin, 3 dans celui de Maygrier, 1 dans celui de Porak. La mortalité fœtale a été de 80 0/0, la mortalité maternelle de 35 0/0, donc pronostic grave.

Les faits observés semblent indiquer que le meilleur traitement consiste dans le tamponnement cervico-vaginal, et que le meilleur tampon est celui qui est à la fois hémostatique et ocytocique.

Discussion : Guéniot rappelle que cette variété clinique de l'insertion vicieuse est connue depuis longtemps. Elle correspond aux faits que Guillemeau caractérisait par la formule : *filius ante patrem*.

Fochier insiste sur les difficultés que lui même, et bon nombre d'accoucheurs, ont rencontré pour l'exécution de la manœuvre de Braxton Hicks, et croit que le ballon de Champetier est destiné à beaucoup modifier le traitement de l'insertion vicieuse. Reste à savoir si le ballon doit être introduit dans l'œuf ouvert, ou entre le placenta et le segment inférieur de l'utérus ?

Chambrelent. — **Recherches sur le passage des microbes à travers le placenta.** — De nombreuses expériences faites en collaboration avec le Dr Sabrazès, avec des cultures de streptocoques, de staphylocoques dorés et de bacterium coli commune, l'auteur est

arrivé à ce résultat général : que les microbes traversent toujours le placenta et se retrouvent toujours dans l'embryon et le fœtus, à n'importe quelle époque de la gestation.

Les examens microscopiques lui ont montré les microbes dans toutes les régions de l'organisme fœtal, et en particulier dans les cartilages — localisations de nature à expliquer certaines altérations congénitales du squelette.

Discussion : WALLICH signale la discordance entre les résultats des premières recherches de l'auteur et de celles-ci.

QUEIREL a fait, sans succès, des tentatives de cultures avec du liquide amniotique et du sang placentaire fournis par un œuf, provenant d'une femme morte de diphtérie au 6e mois de la grossesse.

D'autre part, ayant fait vacciner des femmes enceintes à des époques différentes, mais toutes rapprochées du terme, il a constaté que l'inoculation vaccinale, positive chez un certain nombre d'enfants, restait négative chez les autres.

CHAMBRELENT répond d'abord à Wallich, que ses premières expériences ayant été faites avec la bactéridie charbonneuse qui a un volume relativement grand, il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas constaté son passage à travers le filtre placentaire. Sur ce point, d'ailleurs, la question n'est pas définitivement résolue. A Queirel, il objecte que l'exemple de la diphtérie est mal choisi, parce que, dans cette affection, les éléments microbiens restent localisés, et que les sujets succombent par suite de la diffusion de toxines dans l'organisme.

RIVIÈRE. — **Curettage utérin dans les suites de couches.** — Sur 16 cas de curettage, l'auteur a eu 13 succès et 3 insuccès, ceux-ci dans les cas suivants : *a*) éclampsie; *b*) perforation utérine par intervention abortive criminelle; *c*) curettage tardif, au 14e jour.

Indications après avortement : 1) *hémorrhagie;* 2) *septicémie.* Dans le 1er cas, l'auteur procède au curettage sans tamponnement préalable. Dans le second, il commence par les irrigations intermittentes ou continues, et, en cas d'échec, il curette. Le curettage fait, on laisse des crayons iodoformés dans la cavité utérine.

Trop tardif, le curettage est souvent inefficace. De plus, il est dangereux, car il expose, en raison du ramollissement puerpéral de l'utérus, à la perforation utérine.

Comme symptômes consécutifs au curettage, et se manifestant dans les heures qui suivent, l'auteur signale un frisson et de l'hyperthermie.

L'auteur n'a pas recours à l'anesthésie pour le curettage.

Discussion : GAULARD considère que le curettage n'est une opération ni aussi simple ni aussi inoffensive qu'on tend à le dire. D'abord, tardive elle échoue souvent, et précoce elle est souvent inutile. D'autre part, quoi qu'on ait dit, elle peut devenir hémorrhagipare, ainsi qu'il a pu, personnellement, le constater la veille. On pourrait, dans les cas où l'hémorrhagie est à prévoir, donner préalablement de l'ergot.

BUDIN recommande de faire, dans tous les cas où des accidents permettent de supposer qu'il est resté quelque chose dans l'utérus, l'exploration soigneusé de la cavité utérine. Cette exploration, facile quand la femme est endormie, et qu'on combine le palper abdominal avec l'examen digital de l'utérus, permet de faire un diagnostic très exact, et par suite d'adopter le meilleur mode de nettoyage suivant les cas, évacuation manuelle, écouvillonnage, et, très exceptionnellement, curettage, qui se fait sous le contrôle du doigt introduit dans l'utérus, tandis qu'une main accompagne et soutient, à travers la paroi abdominale, l'action de la curette. Le frisson signalé par M. Rivière est en effet assez fréquent après le curettage, mais il se montre rarement après l'écouvillonnage ou l'évacuation digitale de l'utérus.

FOCHIER estime qu'au début, l'usage des irrigations est plus rationnel que les grattages, curettages, qui paraissent surtout devoir être réservés pour les cas où la muqueuse utérine a déjà subi des altérations notables.

CHARPENTIER commence par les lavages. En cas d'échec, il curette et obtient en général du curettage, des succès.

CHAMPETIER DE RIBES est très partisan du curettage. Il en a obtenu d'excellents résultats qu'il publiera prochainement en même temps que son manuel opératoire.

QUEIREL. **Cas de grossesse ayant duré trois cent cinq jours.** — La date des dernières règles et l'apparition des premiers mouvements du fœtus militaient fortement en faveur de la prolongation de la grossesse dans ce cas.

GAULARD. **Du souffle utéro-placentaire.** — Dans 2 cas de grossesse ectopique, l'auteur se basant sur le siège du souffle maternel

avait présumé celui du placenta, et la présomption a été justifiée par la laparotomie. De ces faits et d'autres semblables (Bigelow, Kœberlé), l'auteur est enclin à admettre qu'il y a, dans les grossesses extra-utérines, une relation entre le souffle maternel et le lieu de l'insertion placentaire. Or, cette relation, si elle est vraiment fondée, est importante, en raison de l'intérêt capital qu'a le siège du délivre au point de vue de l'intervention. Si l'on veut tenter d'avoir un enfant vivant, il est nécessaire d'intervenir un peu avant le terme, mais, c'est dans ces conditions que l'hémorrhagie, par lésion du placenta, est à redouter. Une statistique récente donne, sur 18 cas, 17 morts, dont 11 par hémorrhagie. Si l'auscultation permettait de déterminer, exactement le siège de l'arrière-faix, on pourrait choisir le mode d'intervention le plus propre à écarter ces dangers d'hémorrhagie : à insertion antérieure, élytrotomie ou abstention; à insertion postérieure, intervention par la voie abdominale.

Cette relation constatée entre le souffle maternel et le siège du délivre dans la grossesse ectopique, Gaulard se demande pourquoi elle n'existerait pas aussi dans la grossesse normale ? Pour élucider ce point, il a fait faire par deux de ses élèves, dans une quarantaine de cas, les mêmes recherches entreprises autrefois par Cazenave, Lacroix,Michaélidès : déterminer par le toucher utérin, après l'expulsion du fœtus et avant le décollement du délivre, la situation de celui-ci et la comparer au siège du souffle pendant la grossesse. Les résultats de ces recherches paraissent confirmer sa manière de voir. En résumé, le souffle serait essentiellement dû à la vascularisation anormale de l'utérus, vascularisation développée au maximum au niveau du placenta; ce serait un souffle utéro-placentaire.

Discussion : Tarnier, sur la 1re question envisagée par Gaulard, accepte, théoriquement du moins, les vues de l'auteur ; en ce qui concerne la seconde, siège utéro-placentaire du souffle maternel, il objecte : que le placenta s'insère habituellement sur le fond de l'organe tandis que le souffle s'entend sur les parties latérales et en bas. Si les élèves de M. Gaulard ont trouvé que le siège du placenta après l'expulsion du fœtus correspond au siège du souffle pendant la grossesse, cela ne provient-il pas de ce que la rétraction utérine a ramené plus bas la zone de l'arrière-faix ?

Pinard. — Dans un cas de grossesse ectopique le fœtus étant

mort depuis peu, tomba en opérant sur le placenta, à l'aire d'insertion duquel correspondait avant l'intervention un souffle accompagné de frémissement cataire. Pinard traversa sans accident le délivre; mais les tentatives de décollement qu'il fit ensuite, provoquèrent une hémorrhagie formidable, qui faillit tuer la malade. Il a vu des cas où l'insertion antérieure de l'arrière-faix ne se manifestait par aucun souffle. Il insiste ensuite sur la variabilité et l'inconstance de ce souffle, et cite le cas d'une femme contrefaite chez laquelle il s'était appliqué, à cause de l'intervention grave que la déformation pelvienne exigeait, à déterminer préalablement la situation du délivre par le siège de ce souffle maternel. Or, les résultats de ces recherches plaidaient pour l'insertion en arrière. Il fit l'opération césarienne et tomba en plein placenta.

Fochier fait remarquer que dans les cas de bassins rétrécis, on peut aisément suivre avec le doigt l'artère utérine; or, si à 2, 3 et même 4 cent., on vient à la comprimer, on perçoit nettement un frémissement vibratoire, un thrill qui n'est pas en rapport évidemment avec l'aire placentaire.

Gaulard objecte à Tarnier qu'il ne croit pas, et cela d'après nombre de mensurations, que le placenta s'insère aussi fréquemment sur le fond de l'utérus; à Pinard que l'inconstance, les modifications du souffle utérin s'expliquent par les contractions vasculaires et utérines. Il ajoute qu'il n'a émis d'ailleurs qu'une hypothèse, que l'étude des faits se chargera d'infirmer ou d'affirmer.

Budin : relate l'histoire obstétricale d'une femme atteinte de **bassin oblique ovalaire** (de Nægele), histoire qui peut se résumer ainsi : dans 3 accouchements, alors que le diagnostic de la déformation pelvienne n'avait pas été fait, les opérateurs ont dû faire l'embryotomie céphalique. Par contre, dans 4 accouchements ultérieurs, survenus après établissement exact du diagnostic, on a obtenu 4 enfants vivants, et, une fois, l'accouchement prématuré ayant été provoqué, l'enfant fut expulsé par les seules contractions utérines.

Chambrelent. **De l'origine microbienne de l'éclampsie.** — Après un historique rapide des travaux antérieurs, et rappel des opinions diverses sur la nature de l'éclampsie (Delore, Doléris, Blanc, Scarlini, Combemale et Bué, Herrgott, Fehling, Jœrg) ainsi que

d'expériences personnelles déjà publiées, l'auteur conclut qu'il n'est guère permis aujourd'hui d'accepter comme démontrée l'origine microbienne de la maladie.

Oui et Sabrazès rapportent un **cas d'éclampsie survenue chez une femme** qui accoucha au début d'une bronchopneumonie. L'éclampsie éclata le 9e jour, précisément au moment où l'affection thoracique entrait en voie de guérison. Il n'y eut qu'un accès, suivi de coma et de mort 48 heures après. A l'examen microscopique, on constata des hémorrhagies périportales, une dégénérescence des cellules hépatiques, et, sur des coupes du tissu rénal, des altérations de tuméfaction trouble. Il fut fait aussi des recherches bactériologiques, mais qui ne révélèrent que la présence de microbes surajoutés. D'une manière générale, Oui et Sabrazès pensent que, dans certains cas, les auteurs qui ont décrit un microbe spécifique de l'éclampsie ont peut-être eu affaire au bacterium coli ou à d'autres bactéries intestinales ou utérines.

Contribution à l'étude de l'étiologie des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né.

Par le Dr Alphonse Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

Les hémorrhagies qui surviennent chez le nouveau-né ont depuis longtemps attiré l'attention des accoucheurs et des médecins. Les travaux de ceux qui se sont occupés de cette importante question de pathologie infantile sont trop nombreux pour pouvoir être tous rappelés ; je ne mentionnerai que ceux de Mauriceau (1), de Delamotte (2), d'Emile-Amable Dubois (3), de Grandidier (4), de Billard (5), de Landau (6), de Hecker (7), de Genrich (8), de Depaul (9), et de Silœrmann (10).

(1) *Traité des maladies des femmes grosses*, t. II.

(2) *Traité complet des accouchements*. Paris, 1722.

(3) Thèse de Paris, 1848.

(4) *Die freiwilligen Nabelblut. d. Neugebor.* Cassel, 1871.

(5) *De la muqueuse digestive à l'état sain et à l'état inflammatoire*, Paris, 1852, et *Traité des maladies des nouveau-nés*, 3e édit., p. 384.

(6) *Ueber Melæna der Neugebor.* Breslau, 1875.

(7) *Klinik der Geburtskunde*, 1864, II Band., p. 243.

(8) *Ueber die Melæna neonatorum.* Inaug. Dissert, Berlin, 1877.

(9) *Dictionnaire encyclopédique*, article Nouveau-né, p. 554.

(10) *Jahrb. für Kinderheilk.* Bd XI, Heft 4, p. 378-385, 1877.

Il y a quelques années, en 1880, notre distingué collègue, le Dr Alban Ribemont-Dessaignes (1), a, de nouveau, parfaitement étudié et classé, dans sa thèse d'agrégation, les hémorrhagies que l'on observe chez le nouveau-né. Il a fait l'historique de chacune d'elles, et il a montré que si, comme dans les hémorrhagies qui se produisent par l'ombilic, ou par les organes génitaux chez les nouveau-nés du sexe féminin, il était facile d'en connaître la cause, il en était d'autres dont il était souvent difficile, parfois même impossible de comprendre le mécanisme et d'établir l'étiologie.

Certaines hémorrhagies du tube digestif sont de ce nombre.

On sait combien, dans ces redoutables accidents, les victimes sont nombreuses, puisque sur 78 observations rapportées dans le travail le plus récent que nous ayons pu nous procurer, celui de M. Dusser (2), nous trouvons 43 décès, et cependant, malgré cette mortalité considérable, les anciens auteurs parlent à peine de ces hémorrhagies gastro-intestinales, et les passages qui pourraient s'y rapporter sont, ainsi que le fait remarquer M. Ribemont-Dessaigne, trop vagues pour que l'on puisse en tirer parti.

Le Dr Ebarth serait, d'après M. Dusser (3), le premier qui aurait, dans une observation publiée en 1723, parlé des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né. Le cas rapporté par Brebisius (4), qui date de 1737, généralement considéré comme le plus ancien, lui serait donc postérieur de quelques années.

Depuis cette époque, de nombreux faits analogues ont été publiés, et la plupart des traités des maladies de l'enfance les étudient et y consacrent un chapitre spécial ; M. Ribemont et M. Dusser ont rappelé tous ces travaux dans leurs monographies, je n'insisterai donc pas. Toutefois, le mémoire publié en 1848, par le Dr Rilliet (5), sur le melæna des enfants, mérite d'être signalé particulièrement en raison de son importance et de l'ordre qu'il a essayé d'établir dans les diverses causes susceptibles de produire les hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés.

---

(1) *Les hémorrhagies chez le nouveau-né*. Paris, 1880.

(2) *Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né*. Thèse de Paris, 1889, p. 179.

(3) *Loc. cit.*, p. 10.

(4) *Académie des curieux de la nature*, 1737, t. II. Obs. XXVIII et LVIII.

(5) *Gazette médicale de Paris*, 1848, p. 1029.

Le savant médecin de l'hôpital de Genève a montré, ainsi que Hesse (1) l'avait déjà établi en 1825, que l'on devait, en se basant sur la source d'où provenait le sang, distinguer deux sortes d'hémorrhagies, l'une fausse, *hematemesis et melœna spuria*, l'autre vraie, *hematemesis et melœna vera*.

La première, est le résultat de l'accumulation secondaire du sang dans l'estomac et dans l'intestin, que ce sang provienne d'une opération chirurgicale pratiquée sur la bouche, dans le nez ou dans le pharynx, ou qu'il ait pour origine une hémorrhagie spontanée de la bouche, des bronches, ce qui est extrêmement rare, ou des fosses nasales, ce qui l'est moins ; ou bien encore que ce sang soit du sang maternel avalé au moment du travail, ou après la naissance, par la succion d'un sein érodé, peu importe, l'étiologie ne tardera pas, en général, à être reconnue, car les symptômes concomitants, dans ces cas là, sont nuls, et l'état général ne tarde pas à s'améliorer et la guérison à se produire.

A côté de ces hématémèses et de ce melæna *secondaires*, il y a l'hémorrhagie gastro-intestinale *vraie*, primitive, accompagnée de symptômes qui en montrent la gravité, et en présence de laquelle le médecin se trouve presque toujours impuissant et désarmé, parce qu'il lui est impossible de lutter contre un accident dont il ignore l'origine.

On a tour à tour invoqué la santé des parents, les difficultés de l'accouchement, une ligature prématurée du cordon, la faiblesse congénitale du nouveau-né, ou au contraire, son état pléthorique, la présence dans l'intestin de matières irritantes, etc., mais le plus souvent ces hypothèses n'ont pas été confirmées par les faits. Aussi, Rilliet avait-il raison de dire que « l'étiologie du melæna des enfants était enveloppée d'une grande obscurité » ; l'analyse des diverses observations qu'il avait pu parcourir ayant laissé dans son esprit une grande incertitude sur l'influence des *causes occasionnelles*.

Dans ces dernières années, on a voulu faire jouer un rôle important, dans l'étiologie des hémorrhagies gastro-intestinales vraies du nouveau-né, à des ulcérations qui ont été trouvées sur la muqueuse du tube digestif.

---

(1) Von Blutbrechen und der Mælena der Neugeboren, dans *Allgemeinen medicin. Annalen von Pierer*, 1825. Heft 6.

On sait, en effet, que Devergie, déjà en 1840, s'occupant dans son Traité de médecine légale (1) des maladies du fœtus susceptibles d'être une cause de mort après sa naissance, décrivit au niveau des muqueuses stomacale et intestinale, des ulcérations dont il faisait remonter l'origine aux derniers jours de la vie intra-utérine ; mais il n'émettait aucune théorie sur leur mode de production.

En 1857, Carteaux (2) publiait une observation d'ulcération de l'estomac chez un fœtus à terme. Quelques années après, Hecker (3) en rapportait un nouvel exemple chez un enfant qui avait vécu 60 heures et chez lequel on avait trouvé, à l'autopsie, l'estomac et l'intestin remplis de sang.

Depuis, les faits se sont multipliés ; des ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues de la muqueuse du tube digestif ont été constatées dans des cas d'hématémèse et de melæna chez les nouveau-nés ; mais on est loin d'être d'accord sur leur mode de production.

Les uns, et Bohn (4) est de ce nombre, rattachent ces ulcérations « à un processus de folliculite généralisée sur tout le tube digestif. Ce processus en s'étendant en profondeur déterminerait l'ulcération dont la cause serait l'oblitération du conduit excréteur des glandes » (5).

D'autres, comme Steiner (6), pensent que ces ulcérations doivent être attribuées à la dégénérescence graisseuse des artères de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

Rehn (7) est d'avis qu'elles sont produites par l'action dissolvante du suc gastrique agissant sur des tissus dépourvus de vitalité.

Enfin Leopold Landau (8), dans un travail important paru

(1) T. I, p. 671.

(2) *Gaz. méd.*, 1857, p. 231.

(3) *Klinik d. Geburtsk.*, 1864, Bd II, p. 243.

(4) *Mundkrankheiten der Kinder.*, Leipzig, 1866.

(5) Dusser. *Loc. cit.*, p. 20.

(6) *Compendium der Kinderkrankheiten*, 1873, et traduction française, 1880, p. 236.

(7) Ein Fall von Magengeschwüren bei einem Kinde. In *Jahrbuch für Kinderk.*, 1873.

(8) *Ueber Melæna der Neugeboren.* Breslau, 1874.

en 1874, considère ces ulcérations comme étant la conséquence de la présence d'un caillot qui obstruerait une artériole de la muqueuse digestive, ce qui entraînerait pour la zone correspondante de cette muqueuse des conditions de vitalité insuffisante. Le suc gastrique pourrait dès lors exercer sur cette zone une action destructive dont une ulcération serait la conséquence.

Mais, peu importe l'étiologie de ces ulcérations, qui, de l'avis de tous, sont loin d'être constantes, puisque souvent l'examen le plus minutieux de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin d'enfants qui avaient succombé à des hémorrhagies, n'a pas permis d'en constater la présence. Elles ne peuvent donc pas non plus être considérées comme étant *toujours la cause occasionnelle* de l'hémathémèse qui a amené la mort.

Quant aux *causes prédisposantes*, Rilliet pense, avec Billard, que l'on doit les rechercher dans la vascularisation physiologiquement si considérable de la muqueuse du tube digestif, chez le nouveau-né. « On comprend facilement, dit-il (1), que l'exagération de cette disposition, résultant de l'atonie des vaisseaux ou d'une gêne dans la circulation abdominale, produite par un arrêt du sang dans la veine porte, ou par le volume exagéré du foie et de la rate, prédispose éminemment à une hémorrhagie. » Il en est de même lorsque la respiration se fait difficilement. « Le sang, ne pouvant affluer au poumon, qui ne se dilate qu'incomplètement, engorge tous les autres organes et en particulier le tube digestif qui, déjà normalement congestionné, ne peut supporter ce nouvel effort et laisse sourdre le liquide dans sa cavité. »

Ces hémorrhagies sont heureusement assez rares.

Elles se produiraient, d'après Genrich, une fois sur 1,000 naissances. M. Dusser (2) est arrivé à peu près à cette même proportion. Quant à nous, nous n'en avons observé, dans notre service, que deux exemples sur 3,000 accouchements environ.

C'est un de ces deux cas d'hémorrhagie gastro-intestinale *primitive* que nous venons rapporter ici.

Le 3 décembre 1892, une femme, âgée de 42 ans, arrivée au terme de sa dixième grossesse et atteinte d'hydramnios, entre en travail à la Maternité. Comme le fœtus se présentait en acromio-iliaque gauche de l'épaule droite, on fit la version ; mais, bien que

(1) *Loc. cit.*, p. 1030.

(2) *Loc. cit.*, p. 178.

l'extraction fût assez facile, l'enfant vint en état de mort apparente. On pratiqua l'insufflation, et il ne tarda pas à respirer et à c i er.

C'était un garçon pesant 3,000 grammes.

Quelques heures après, l'enfant pâlit et se mit à vomir du sang par la bouche et par le nez, en assez grande quantité.

On l'enveloppa de coton de façon à activer la circulation cutanée, mais ce fut inutile.

Les vomissements recommencèrent, et, le malheureux enfant ne tarda pas à succomber, dix heures après sa naissance.

Sa mère nous dit alors qu'elle avait déjà perdu deux enfants de la même manière, mais que, ni elle, ni son mari, n'avaient jamais eu d'hémorrhagie.

Le lendemain, je fis l'autopsie, et, je ne trouvai, au premier abord, rien qui fût de nature à me faire comprendre comment l'hémorrhagie s'était produite.

Il n'y avait pas d'épanchement de sang à la surface des méninges, ni dans les ventricules cérébraux.

Les poumons, légèrement congestionnés, étaient comme ceux d'un enfant, qui a incomplètement respiré.

Le foie, par contre, était très hyperhémié, et présentait, dans son intérieur et à sa surface, *emprisonnés par la capsule de Glisson*, plusieurs *foyers hémorrhagiques* assez considérables.

Le tube digestif, examiné du haut en bas, ne présentait rien de particulier ; il contenait encore du sang coagulé, mais, relativement, en petite quantité.

La muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin étaient normales, et je ne trouvai nulle part de traces d'ulcération.

Je ne parvins également pas à découvrir dans les divers organes de traces de lésions syphilitiques ; le placenta, qui ne présentait aucune altération, était absolument sain. Ce n'était donc pas encore dans cette direction que devaient se porter nos investigations.

Certains auteurs ayant fait intervenir, comme causes de ces hémorrhagies, un état particulier du sang, je résolus de le faire examiner.

Pour cela, afin que le liquide sanguin ne fût pas altéré, je liai les gros vaisseaux qui partent du cœur ainsi que ceux qui s'y rendent, et je priai mon collègue, le professeur Baraban, dont la compétence est bien connue, de vouloir bien en faire l'examen histologique.

Cet examen, au point de vue microscopique fut négatif, le sang n'était nullement altéré, il était normal.

Mais, en ouvrant les cavités du cœur, M. Baraban fut très surpris de trouver celles du cœur droit relativement très dilatées, tandis que l'oreillette et le ventricule gauches semblaient l'être notablement moins que d'habitude.

Un examen plus attentif montra que l'on se trouvait en présence d'un *arrêt de développement du cœur gauche* dont les cavités et les parois étaient considérablement réduites, ainsi que le démon-

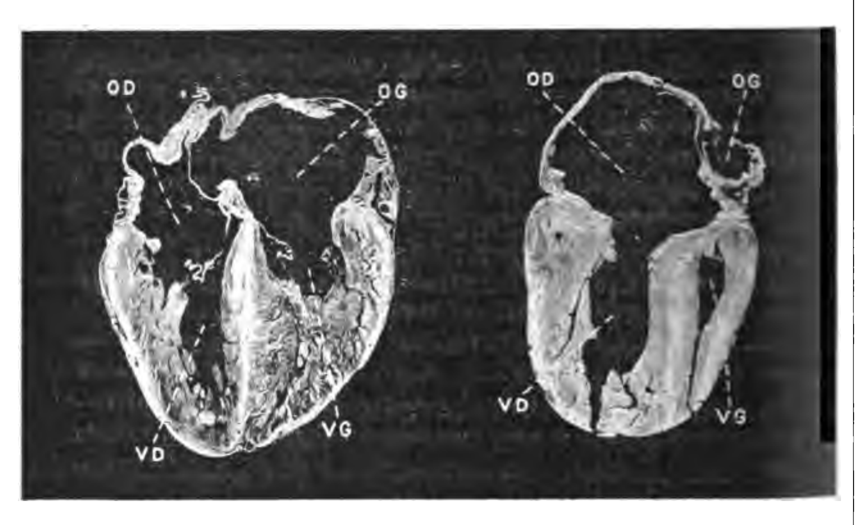


FIG. 1. FIG. 2.

tre la figure 2, comparée à la figure 1, qui représente la photographie de la coupe d'un cœur normal d'un fœtus à terme (1).

Cette *diminution de l'oreillette et du ventricule gauches* me paraît avoir, dans le cas particulier, une importance capitale, car c'est elle qui me semble devoir être considérée *comme la cause* de l'hémorrhagie gastro-intestinale, et il y a même lieu de se demander si les deux enfants que la mère nous dit avoir perdus de la même manière, n'avaient pas déjà succombé à une malformation cardiaque analogue.

(1) Ces coupes, faites par mon collègue le professeur Baraban, ont été photographiées par mon ami M. de Ponton d'Amécourt.

Pendant la grossesse, rien ne faisait supposer l'existence d'une pareille lésion. Il y avait bien, il est vrai, une grande quantité de liquide amniotique, qui avait empêché l'accommodation fœtale de se faire, ce qui avait amené une présentation transversale, pour laquelle on avait été obligé de pratiquer la version ; mais, à l'auscultation, les battements fœtaux avaient toujours paru normaux.

On comprend, en effet, que cet arrêt dans le développement du cœur gauche pouvait facilement passer inaperçu, et qu'aucun symptôme appréciable n'en ait trahi l'existence.

Le sang, arrivé dans le ventricule droit, allait *en très grande partie* dans l'aorte, en passant par le canal artériel, de telle sorte que la petitesse relative du cœur gauche pouvait ne pas avoir une grande influence sur la petite circulation. La faible quantité de sang, amené par l'artère pulmonaire dans un poumon qui n'avait pas encore à remplir ses fonctions d'hématose, y arrivait cependant en quantité suffisante, pour apporter à cet organe les matériaux nécessaires à sa construction et à son développement.

Mais lorsque le fœtus fut expulsé hors du sein maternel, les conditions ont changé. Les échanges gazeux, indispensables à l'entretien de la vie, ne pouvant plus se faire dans le placenta, le poumon a dû le remplacer, il s'est mis à fonctionner et le sang y a afflué pour y être oxygéné. Malheureusement la communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte cessant normalement, le canal artériel, *ce véritable canal de dérivation,* s'est oblitéré, ou tout au moins, a diminué de calibre, et la petite circulation n'a pu s'établir que d'une façon très imparfaite. Le *débit* du sang amené dans l'oreillette par les veines pulmonaires devint insuffisant, par suite de la petitesse des cavités du cœur gauche incomplètement développé. Il se produisit une stase dans le poumon, dans l'artère pulmonaire, dans le cœur droit et dans les vaisseaux qui s'y rendent. La tension vasculaire devint très considérable, et « le sang qui stagnait dans les vaisseaux de l'estomac et de l'intestin brisant bientôt, ainsi que l'a écrit Billard (1), cette faible barrière, imbiba la muqueuse et arriva à la fin à la surface libre de cette membrane de manière à constituer une hémorrhagie passive ».

L'hémorrhagie produite, les vaisseaux se décongestionnèrent, et, lorsque la mort survint, on trouva une muqueuse gastro-intes-

(1) *De la muqueuse digestive à l'état sain et à l'état inflammatoire.* Paris, 1825, cité par RIBEMONT, p. 56.

tinale qui paraissait normale et des poumons analogues à ceux d'un enfant nouveau-né; qui aurait respiré d'une manière incomplète.

Seul, le foie, on s'en souvient, en raison de sa structure anatomique était resté très congestionné ; il était gorgé de sang et contenait de nombreux foyers hémorrhagiques disséminés dans son épaisseur et à sa surface. Il demeurait ainsi, *l'unique et dernier témoin* de l'état congestif des vaisseaux causé par la petitesse du cœur gauche.

En un mot, il me semble, que certaines hémorrhagies du tube digestif peuvent se produire de la même façon que les écoulements de sang dans les hémorrhoïdes, écoulements dont le mécanisme a été si bien étudié par M. Duret (1). Supprime-t-on l'étranglement, modifie-t-on, par la dilatation artificielle de l'anus, la circulation dans les veines hémorrhoïdales, la stase sanguine disparaîtra et les hémorrhagies ne se reproduiront plus.

Malheureusement, s'il n'est pas en notre pouvoir, comme pour les hémorrhoïdes, de faire disparaître cet « *étranglement cardiaque* » qui peut devenir si funeste à celui qui en est atteint, il n'en est pas moins vraisemblable que c'est lui qui peut être la cause première de l'hémorrhagie qui se produit à la surface de la muqueuse du tube digestif.

Nous croyons donc que *c'est aussi dans le cœur qu'il faudra*, comme dans l'exemple que nous venons de rapporter, *chercher l'étiologie des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né.*

Des lésions anatomiques que l'on trouve dans l'auto-intoxication gravidique à forme convulsive.

Dr Bouffe de Saint-Blaise. — Tout dernièrement, au mois de janvier, à l'Académie de médecine, M. le professeur Pinard rapportait à l'auto-intoxication gravidique la plupart des troubles que l'on constate chez la femme enceinte, et en particulier ces accidents convulsifs, terribles, que l'on appelle éclampsie puerpérale.

Depuis longtemps déjà, j'ai pratiqué avec M. Pilliet l'examen des organes des femmes éclamptiques, dont il m'a été donné de faire l'autopsie. En 1891, j'ai publié une série de vingt-trois obser-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1879, t. II.

vations, dont sept me sont personnelles. Dans toutes ces observations, on trouve identiquement la même lésion du foie.

Depuis cette époque, j'ai recueilli huit autres séries de pièces, dans lesquelles se retrouvent fidèlement les mêmes lésions macroscopiques et microscopiques.

Je laisse volontairement de côté tous les cas que je n'ai pas étudiés moi-même, et qui ont été publiés, assez nombreux, dans ces deux dernières années.

J'ai donc pu, soit avec M. Pilliet, soit seul, vérifier trente-une fois les mêmes faits, sur trente-une autopsies de femmes éclamptiques. Il m'est, je crois, permis d'affirmer que cette lésion est caractéristique de l'éclampsie, puisqu'on la retrouve toujours, et qu'on ne la trouve que là.

Mais ces troubles anatomiques cadrent-ils avec la théorie pathogénique de l'auto-intoxication? Expliquent-ils la plupart des faits cliniques? C'est ce que je me propose d'étudier ici.

Avant de prouver l'exactitude de mes affirmations, qu'il me soit permis de rappeler en quelques mots la nature et la forme des lésions dont je parle :

Le foie d'une femme éclamptique attire immédiatement l'attention par des taches d'un rouge lie de vin, plus ou moins foncé, qui se détachent sur le fond jaune de l'organe. Ces taches ont une étendue variable, allant du simple piqueté hémorrhagique à l'hémorrhagie en nappe, couvrant une surface quelquefois très considérable. Le foie présente ainsi un aspect tigré tout particulier. Cependant, le siège d'éclosion de ces hémorrhagies superficielles est aux environs du ligament suspenseur. Quelquefois même le sang a pu décoller la capsule de Glisson, la rompre et faire irruption dans la cavité abdominale en quantité considérable.

A la coupe, le foie est jaune, sans être gras en général; et sur ce fond jaune se détache la lésion spécifique; comme tout à l'heure, sous la capsule, on aperçoit des taches rouges, disposées souvent en marbrures. Virchow et Juërgens ont bien montré que ces dilatations hémorrhagiques se faisaient aux environs de l'espace porte et le long des ramifications des vaisseaux portes. Je verrai de quelle importance pathogénique est cette constatation.

Au microscope, on voit que la lésion peut revêtir trois aspects différents, suivant qu'elle est plus ou moins ancienne :

1° On remarque d'abord une dilatation des capillaires intra-lobu-

laires, au voisinage immédiat de l'espace porte. La forme de ces dilatations est parfaitement circulaire, et une série de ces lésions donne au microscope l'aspect d'une grappe de raisins;

2° Puis les foyers s'agrandissent, leur centre se remplit d'éléments en voie de nécrose, composés de cellules hépatiques dégénérées, de globules sanguins détruits et de débris de capillaires;

3° Plus tard, ces dilatations capillaires ayant formé des foyers d'ectasies, se remplissent d'éléments ronds qui dégénèrent rapidement.

Telle est la lésion complètement constituée; mais ces infarctus peuvent s'étendre, communiquer entre eux et amener ainsi la nécrose de portions considérables du parenchyme hépatique : ce sont ces îlots de dégénérescence qui forment à la surface du foie ces marbrures caractéristiques.

On voit que le territoire utile de la glande peut arriver à se rétrécir considérablement; c'est ainsi que, dans un cas, j'ai pu évaluer la nécrose du foie aux deux tiers de son volume.

J'ajoute que ces lésions sont identiques dans l'éclampsie blanche et dans l'éclampsie jaune, quoique, dans cette dernière, la nécrose paraisse plus étendue. Je dois dire aussi que je les ai rencontrées également chez une femme qui ne présenta que les prodromes de la maladie, et chez qui les attaques furent prévenues par un traitement énergique.

Cette lésion hémorrhagique peut se présenter également dans la rate, dans le rein et dans différents organes, mais jamais avec son caractère de généralité comme dans le foie.

Le rein qui, jusqu'à ces dernières années, était seul incriminé, montre les lésions les plus variables. On remarque chez lui, toutes sortes de néphrites aiguës ou chroniques. Du reste, l'éclampsie existe chez des malades qui n'ont pas d'albuminurie, et chez celles qui en présentaient, la quantité d'albumine se trouve considérablement augmentée au moment des attaques.

Puis, on remarque très fréquemment que, sous l'influence du traitement, chez les malades qui guérissent, cette albuminurie disparaît en quelques jours. Ce n'est pas en rapport avec ce que l'on voit dans les lésions profondes du parenchyme rénal.

Mais je ne veux pas dire que le rein n'ait pas le plus souvent, dans la production des attaques, un rôle très actif, comme je le dirai tout à l'heure.

Eh bien! ces lésions que je viens de décrire rapidement, peuvent-elles nous rendre compte des phénomènes de la maladie et de la façon dont agit si merveilleusement le traitement préconisé par les professeurs Tarnier et Pinard?

L'auto-intoxication gravidique revêt les formes les plus variables. Il est certain que, dans la forme convulsive en particulier, elle n'est pas toujours semblable à elle-même; je n'en veux prendre pour exemple que les cas dans lesquels il y a de la fièvre, et ceux dans lesquels il n'y en a pas.

Cela dépend évidemment de la nature et de la quantité du poison. Et parmi les poisons convulsivants, il en est certainement qui agissent de façon différente sur l'économie générale, quoique produisant tous le même principal phénomène : la convulsion.

Les éléments destructeurs du parenchyme hépatique partent donc de l'intestin, puisque c'est le système porte qui est le premier atteint.

Ces éléments pourraient être des agents infectieux microbiens, ainsi que le pensent MM. Blanc et Herrgott, ou bien des toxines particulières. Et je dois dire que cette dernière affirmation me paraît démontrée.

Dans ce cas, elles agissent à la longue sur les cellules hépatiques, soit en les surmenant, soit par une action directe, ainsi que paraît le prouver l'altération particulière des vaisseaux portes. Et c'est ici le lieu de placer l'histoire des lésions presque analogues que produit sur le foie l'ingestion de certains poisons chimiques, tels que le nitrate d'urane, ainsi que l'a démontré Cartier en 1891.

A mesure que les cellules hépatiques se nécrosent, l'action utile de la glande sur les toxines, telle que l'entend l'école du professeur Bouchard et M. Roger en particulier, se trouve diminuée d'autant; et, petit à petit, le sang se trouve saturé en quelque sorte de matières toxiques. Les expériences de MM. Tarnier et Chambrelent sont concluantes à ce sujet.

Les poisons convulsivants ont ainsi une action directe sur le système nerveux. D'où les accidents effroyables de l'éclampsie.

Du reste, ces faits sont démontrés par des expériences récentes faites par MM. Hohn, Massen, Henchi et Parlow, et publiés sous ce titre : La fistule d'Eck de la veine cave inférieure et de la veine porte et ses conséquences pour l'organisme, dans les *Archives des Sciences biologiques de Saint-Pétersbourg.*

Ces auteurs sont arrivés à reproduire les accidents éclamptiques en supprimant chez le chien la circulation hépatique, accidents dont l'apparition était empêchée par le régime lacté.

Si le rein fonctionne très bien et élimine une grande quantité de toxines, son action peut contrebalancer l'absence du foie, mais à la longue, lui-même se trouve impressionné par l'action directe du poison et par le surmenage auquel on le soumet ; ses glomérules s'enflamment, et ainsi se trouve constituée la glomérulite de Ribbert.

A plus forte raison, si le rein est déjà malade antérieurement, les accidents surviendront-ils plus rapidement !

Il me reste un mot à vous dire de l'ictère qui survient chez certaines éclamptiques à la période ultime. Cet ictère se différencie très aisément des ictères graves primitifs, qui sont une autre variété d'intoxication gravidique. Cet ictère ne survient que quand le parenchyme hépatique est complètement supprimé. Il est peu intense et d'un pronostic extrêmement grave. Il est le signe certain d'une insuffisance hépatique presque absolue.

De cette thèse pathogénique, rapidement exposée, à l'institution d'un traitement rationnel, il n'y a qu'un pas.

Chaque fois que l'on sera averti que l'émonctoire hépatique ou rénal fonctionne mal, on mettra la malade au régime lacté exclusif. Ainsi, la quantité des poisons organiques introduits dans l'économie sera presque nulle. S'il n'existe pas d'albuminurie, et que cependant la femme enceinte éprouve les signes d'une auto-intoxication encore légère, tels que vertiges, agitation, céphalalgie, troubles de la vue, etc., on instituera le même traitement, et l'expérience du professeur Tarnier lui a démontré que huit jours de ce régime préservaient la malade de tout accident.

A l'action du lait, on ajoutera tous les moyens qui peuvent remplacer les émonctoires insuffisants : tels que la transpiration par le surchauffage de la chambre, les bains, les vêtements de flanelle. On fera fonctionner l'intestin par des purgatifs drastiques répétés, etc., etc.

Le traitement des accès convulsifs sera aussi rationnel. On soumettra la malade à l'influence des deux médicaments puissants qui soustraient le système nerveux à l'action des influences interne et externe : ce sont le chloral et le chloroforme à haute dose.

Faut il pratiquer la saignée? Souvenons-nous que, si le sang est

saturé de toxines, les tissus le sont également, et si nous enlevons une certaine quantité de sang à l'économie, le courant sanguin retrouvera immédiatement la même dose de poison que nous venons de lui enlever.

Il paraît plus logique et plus utile d'injecter dans le tissu cellulaire une quantité d'eau plus ou moins considérable. Certains auteurs conseillent même d'en injecter un litre à la fois.

Je dois dire qu'à la Clinique Baudelocque, M. le professeur Pinard s'est bien trouvé de faire plusieurs injections sous-cutanées de 50 grammes de sérum artificiel.

C'est par tous ces moyens que nous pûmes, dans cette Maternité, ramener à la vie une jeune femme qui était dans le coma depuis dix-huit heures et qui avait eu vingt-deux attaques.

A ces injections d'eau, on ajoutera le lait à l'intérieur.

J'en aurai fini si j'ajoute que chez ces femmes l'accoucheur est moins bien armé contre la septicémie et qu'il devra redoubler de précautions antiseptiques.

Je crois avoir mis d'accord par ces quelques mots la théorie et la pratique, l'anatomie et la clinique. Je voudrais, en terminant, insister sur ce fait, qui me paraît démontré, que les poisons organiques particuliers qui causent les attaques éclamptiques, ne peuvent avoir d'action sur le système nerveux qu'autant que le foie n'existe plus ou n'existe qu'insuffisamment; que ces poisons finissent, le plus souvent, par agir sur le rein, même s'il est sain primitivement; mais que, *dans certains cas*, la maladie s'est trouvée constituée, même quand le rein fonctionnait normalement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de février, mars, avril et mai 1893.

BUDIN. — **Un cas de symphyséotomie** (1).

Discussion : GUÉNIOT voit un danger réel dans la présence des bords tranchants des pubis séparés. Ils peuvent léser la vessie, le vagin, mais aussi l'utérus, quand la partie fœtale entraîne assez bas le segment inférieur de la matrice. Il insiste d'autre part sur l'utilité qu'il y a à faire saillir fortement, par l'abduction des cuisses, le ligament triangulaire, dont le relief très net devient un

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1893, p. 275.

excellent point de repère pour la terminaison de la section pubienne. PORAK croit que le danger réside principalement dans les tiraillements que l'écartement, trop brusque, des pubis est de nature à faire subir aux tissus post-pubiens (tissu cellulaire et vaisseaux, paroi antérieure du vagin, veines). A ce point de vue, la version serait plus dangereuse que le forceps, qui permet d'agir plus lentement. Il estime, aussi, que l'indication pourra se produire de pratiquer des incisions sur le périnée postérieur pour ménager d'autant les tissus post-pubiens. MAYGRIER demande quels motifs ont guidé M. Budin dans le choix de la version. BUDIN a fait la version parce que les membranes étaient intactes. Il l'a préférée au forceps pour les raisons suivantes : 1° La tête était très élevee, condition défectueuse pour faire une application méthodique du forceps. A côté de la tête, on trouva un peloton formé par la tige funiculaire, qui aurait causé sans doute une procidence ; 2° le forceps appliqué suivant le diamètre antéro-postérieur est dangereux et, suivant le diamètre transversal, il diminue les bénéfices obtenus par la symphyséotomie ; 3° les expériences sur des bassins plats rachitiques montrent que la tête venant dernière peut souvent passer aisément si on la dirige bien.

De fait, elle a dans ce cas, franchi aisément le rétrécissement.

PETIT (Paul). **Utérus atteint de cancroïde végétant à pédicule assez étroit, greffé vers le milieu de la lèvre postérieure du col.** — Sur cette pièce, qui provient d'une femme âgée de 36 ans qui, abstraction faite de pertes continues, paraissait jouir de la plus belle santé, on voit des altérations anatomiques qui militent en faveur de l'hystérectomie totale : C'est une traînée de tissu dégénéré, qui chemine dans l'épaisseur de la paroi cervicale, à une distance assez grande de la muqueuse, et qui remonte au delà de la portion vaginale du col. Il suit qu'une intervention infra-vaginale, *à priori* défendable, eût été insuffisante.

GUÉNIOT. — **Présentation d'un appareil pour la contention des pubis après la symphyséotomie** (1).

GUÉNIOT, au nom de M. Taurin, communique un cas d'**hydropisie généralisée d'un fœtus de 5 mois 1/2 avec placenta œdématié d'un volume énorme.**

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1893, p. 343.

La femme qui a expulsé cet œuf était Vpare. Dans ses antécédents personnels, rien à relever, si ce n'est un léger hydrargyrisme d'origine professionnelle ; ni syphilis, ni albuminurie.

Le fœtus était petit, ne donnait aucun signe de vie et sa mort, en raison de l'intégrité et de la fraîcheur de ses téguments, paraissait récente. Poids 975 grammes, longueur 30 centimètres. Le placenta pesait 1,200 grammes ; pas de foyers apoplectiques. Membranes complètes, non œdématiées. Cordon un peu gros, d'apparence normale, aucun nœud.

De la *discussion* qu'a soulevée cette communication, il ressort surtout qu'il s'agit là de faits dont la pathogénie reste entourée d'obscurité, qu'il importe en conséquence de les recueillir soigneusement et de les étudier de très près.

Petit (Paul), présente une *pince irrigatrice* destinée, par un mécanisme simple, à faire l'irrigation continue au cours des opérations sur le col utérin et le vagin.

Budin. **Urémie chez une femme enceinte.** — Une femme Vpare, âgée de 38 ans, est transportée à l'hôpital. Elle est dans le coma ; or, elle est à environ 7 mois de grossesse, et depuis quelques jours elle a présenté divers symptômes qui, d'habitude, sont avant-coureurs de l'éclampsie (maux de tête, troubles de la vue). En plus, elle a eu plusieurs crises de dyspnée. Le cathétérisme vésical donne une urine fortement albumineuse, environ 12 grammes d'albumine par litre ; et la température prise dans le vagin indique de l'hypothermie. En résumé, au moment de l'admission : coma, dyspnée intense, albuminurie abondante, hypothermie. Fallait-il dans ce cas, par crainte de l'éclampsie, administrer le chloroforme ? M. Budin pensa qu'au contraire le chloroforme ne pouvait qu'augmenter le danger, par une action défavorable possible sur l'organe excréteur, le rein. Les indications étaient : lutter contre la dyspnée et favoriser l'élimination des principes toxiques retenus dans l'organisme. En conséquence, on prescrivit successivement des inhalations d'oxygène, un lavement purgatif, des révulsifs (ventouses sèches, sinapismes) et un bain chaud (39°), pour produire une diaphorèse abondante. Sous l'influence du bain, la malade reprit connaissance. Mais, la dyspnée ayant reparu, on dut revenir aux ventouses, et de plus on pratiqua une saignée qui donna seulement 75 grammes de sang. Quelques heures plus tard, survinrent

des vomissements alimentaires et plusieurs garde-robes, évacuations qui furent suivies d'une grande amélioration dans l'état de la malade.

L'urine se montra plus abondante. Un peu plus tard, apparurent les premières douleurs du travail qui se termina, le lendemain, par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, âgé d'environ 7 mois. Le placenta présentait un certain nombre de caillots, la plupart récents.

Les suites de couches furent, à différentes reprises, troublées encore par des crises de dyspnée, qui nécessitèrent : la continuation du régime lacté, les révulsifs, le bain chaud, et une saignée, etc. Puis, la guérison se fit, peu à peu, complètement.

M. Budin insiste particulièrement sur les particularités suivantes de cette observation : *a*) albuminurie abondante, existence des signes prémonitoires de l'éclampsie, et cependant pas d'éclampsie, *b*) Guéniot a signalé l'indigestion comme cause déterminante de l'attaque d'éclampsie ; or, dans le cas actuel, l'estomac resta longtemps rempli de matières alimentaires, il ne survint pas de convulsions : *c*) cette malade n'avait pas pris une goutte de lait avant son admission à l'hôpital, et cependant elle n'est pas devenue éclamptique.

Discussion : Guéniot insiste à nouveau sur la *dualité des facteurs dans l'éclampsie, a*) *toxémie et b*) *excitabilité nerveuse*. La toxémie peut être légère (il cite un cas favorable à cette hypothèse) et cependant l'attaque convulsive grave. Par contre, la toxémie peut être profonde et le phénomène convulsif manquer, parce que la moelle ne répond pas à l'excitation. En ce qui concerne la thérapeutique suivie, il approuve absolument celle instituée par M. Budin (1). Charpentier est convaincu qu'il s'agissait bien de dyspnée urémique dans le cas en question. De fait, il existe des néphrites gravidiques avec urémie et de l'albuminurie avec éclampsie. Pourquoi M. Budin n'a-t-il pas employé, dans le but de provoquer la diurèse, les injections sous-cutanées d'eau salée, préconisées récemment par Porak ? Porak rappelle les résultats qu'il a obtenus avec les injections sous-cutanées d'eau salée, dans les cas d'albuminurie grave. Ces résultats, très encourageants, il les a déjà communiqués au dernier congrès obstétrical.

Il faut s'efforcer de lutter contre l'intoxication : or, les purgatifs

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1898.

n'agissent ni assez vite ni assez longtemps. La diaphorèse élimine peu de substances toxiques, la sueur étant surtout riche en eau. D'autre part, en diminuant la tension sanguine, elle diminue la diurèse qui est un agent puissant contre la toxémie. C'est pour la favoriser qu'il a eu recours aux injections sous-cutanées d'eau salée, et les résultats obtenus sont loin d'être décourageants. En passant, il signale les fâcheux effets sur le rein attribués à la chloroformisation, en particulier par Rindskop. GUÉNIOT et CHARPENTIER nient ces prétendus effets fâcheux du chloroforme sur le rein ; par contre, CHAPUT, se fondant sur des observations antérieures de Terrier et sur un cas de mort, attribuable exclusivement au chloroforme, survenu dans sa pratique chirurgicale, pense que la chloroformisation est susceptible d'agir défavorablement chez des sujets dont les reins fonctionnent déjà imparfaitement. POITOU-DUPLESSY incrimine en partie, dans la genèse des accidents, le mode d'administration du chloroforme, et reconnait la supériorité du bromure d'éthyle comme modérateur de l'excitabilité médullaire. BUDIN n'est pas absolument persuadé de l'innocuité du chloroforme et se range à l'avis émis par Chaput.

D'autre part, s'il n'a pas eu recours aux injections sous-cutanées d'eau salée, c'est parce que la malade allant mieux, il n'en a pas vu la nécessité.

CHAPUT. — **Traitement des fibromes utérins de volume moyen par l'hystérectomie totale vagino-abdominale.** — L'auteur conseille l'ablation totale par la voie abdomino-vaginale, pour éviter les difficultés que présente le morcellement dans certains cas particulièrement laborieux. Cette méthode consiste à enlever par la voie vaginale le col utérin seulement, puis à attaquer le reste de la tumeur par l'abdomen ; elle a été du reste recommandée déjà par Delpeuch (1830), Bardenheuer (1880), Freund, Kœberlé, etc. La communication de M. Chaput, fondée sur 3 observations personnelles, se termine par les conclusions suivantes : 1° Les gros fibromes sus-ombilicaux sont justiciables de l'hystérectomie abdominale.

2° Les petits fibromes doivent être traités par l'ablation vaginale (morcellement).

3° Les fibromes moyens sont avantageusement enlevés en deux temps : 1° Amputez le col par le vagin ; 2° le reste de la tumeur sortira dans l'incision abdominale avec la plus grande facilité.

4° La castration utérine, aussi grave ou même plus grave que l'extirpation totale vagino-abdominale, et présentant en outre des inconvénients pour l'avenir (retour des hémorrhagies, augmentation de la tumeur, sphacèle, migration des fibromes dans le vagin, dégénérescence kystique, sarcomateuse ou épithéliale), est destinée à disparaître.

5° A ceux qui veulent profiter des chances possibles d'une castration possible, l'auteur conseille d'enlever d'abord le col par le vagin ; on incisera ensuite l'abdomen avec la certitude de guérir sa malade, soit par la castration, soit, en cas d'impossibilité de cette dernière, par l'ablation totale du reste de la tumeur.

Chaput présente une **pince à dents de crocodile.** Chaque mors est garni de 3 rangées de griffes très pointues et courtes. Les rangées des 2 mors n'alternent pas, quand on les rapproche, mais s'engrènent. Cette disposition met à l'abri des dérapements, si fréquents, quand on saisit de gros pédicules avec les pinces usitées d'ordinaire.

Porak : 1) au nom de M. Berger, présente une petite fille opérée. dès le lendemain de sa naissance, d'une **omphalocèle congénitale adhérente.** Il y a 21 jours que l'opération est faite, la petite fille va très bien, et le succès opératoire paraît complet. 2) Au nom du Dr Michel, un **injecteur-syphon.**

Charpentier communique une **observation de grossesse gémellaire,** où le diagnostic, durant la gestation, de la présentation de l'un des enfants présenta des difficultés à peu près insurmontables. D'ailleurs, comme il s'agissait d'une 6e grossesse, la détermination précise de cette présentation ne parut pas absolument nécessaire ; avait-on affaire à un siège ou à un sommet ? Cela importait sans doute peu chez une multipare, dont les accouchements antérieurs s'étaient terminés spontanément. En somme, l'un des enfants présentait l'épaule (S.I.G. de l'épaule gauche); le second, le siège, S.I.G. C'est celui ci qui fut expulsé le 1er. Survint ensuite une accalmie d'environ 1/4 d'heure. Comme le second enfant était en présentation transversale, Charpentier se préparait à faire la version, quand les contractions réapparaissant, tout d'un coup, la forme du ventre se modifia, par suite d'une *version spontanée*, qui transforma la présentation du tronc en présentation du siège, S.I.D.P. Le second enfant fut expulsé peu après. Le 1er enfant pesait 2,860 gr., le second 2,820. Placenta unique, séparé en 2 loges distinctes par 4 feuillets (2 chorions, 2 amnios).

LOVIOT cite **trois nouveaux faits de réduction manuelle de la tête, en variétés postérieures.** 2 fois, l'intervention fut faite chez la même femme, à deux années d'intervalle. Il s'agissait d'une O.I.D.P.; la manœuvre et l'application de forceps qui suivit furent aisées. Dans le 3e cas, il y avait O.I.G.P. Ici, l'intervention ne fut ni aussi prompte ni aussi aisée.

L'auteur, en effet, appliqua et retira successivement le forceps trois fois, parce que deux fois la prise ne lui parut pas suffisamment régulière. A ce sujet, il fait remarquer qu'il a agi ainsi systématiquement, et que chaque fois qu'il est appelé pour des variétés postérieures de la présentation céphalique, il prévient l'entourage de la parturiente qu'il lui faudra, peut-être, faire deux, trois applications de forceps, « car, il faut recommencer jusqu'à ce que la tête soit suffisamment fléchie et que l'occiput soit suffisamment reporté en avant », c'est le seul moyen d'éviter de produire des lésions et de courir à des insuccès.

Discussion : CHARPENTIER objecte à M. Loviot que si lui-même, l'auteur de la méthode, est forcé de recourir à des applications multiples, c'est qu'elle est difficile, peu pratique. D'autre part, il ne croit pas que ces interventions multiples soient sans danger pour les tissus maternels et qu'elles n'augmentent pas les risques de septicémie. LOVIOT répond, qu'il n'est pas nécessaire de faire dans tous les cas plusieurs applications de forceps, mais, qu'il ne faut pas hésiter à les faire quand l'indication se trouve posée par une flexion ou une réduction insuffisantes de la tête. Quant aux dangers de septicémie, on ne les augmentera sûrement pas, si l'on intervient « méthodiquement et antiseptiquement ».

AUVARD, au nom du Dr Touvenaint, lit une observation de **Lithopædion extrait par incision du cul-de-sac postérieur.**

LABUSQUIÈRE, au nom du Dr Clopatofsky, lit une observation d'**accès de goitre aigu pendant la grossesse.**

PAQUY lit la relation de **2 cas d'insuccès de différents procédés pour provoquer l'accouchement prématuré.**

BERNHEIM. **Hydramnios. Rupture artificielle des membranes. Décollement prématuré du placenta.** — Le fait concerne une multipare, chez laquelle on pouvait soupçonner, sinon affirmer, la syphilis. Le travail étant en train, et dans le but d'éviter une procidence, une présentation anormale, si on laissait la poche des eaux se rompre spontanément, on rompit les membranes tout en cherchant à

rendre l'écoulement amniotique aussi lent que possible. On recueillit 5 litres de liquide. Mais cette évacuation fut suivie, après quelques heures, de deux hémorrhagies abondantes, dues probablement à la rétraction considérable de l'utérus, qui suivit l'écoulement du liquide amniotique, le placenta n'ayant pu suivre cette rétraction. L'accouchement se termina par l'expulsion d'un enfant, du poids de 2,550 grammes, d'une pâleur cadavérique, et qui ne fit que quelques mouvements d'inspiration. Cette observation montre qu'il ne faut pas trop se hâter, dans les cas d'hydramnios, sous prétexte de hâter le travail ou de prévenir les procidences, etc., de rompre la poche des eaux. R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baldy. Insanity following gynecological operations. *The medical Age*, Detroit, Michigan, 10 août 1892, t. X, p. 462. — **Doléris**. Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1893, p. 193. — **Frost**. Vaginodynia. Perineal spasm. *Med. Rec.* N.-Y., 8 avril 1893, I, 423. — **Glasg**. Diseases of the eye most frequently met with in gynæcol. and obst. Practice. *The Lancet*. avril 1893, p. 854. — **Grellety**. Sexual frigidity in woman. *Medical Age*, Detroit, Michigan, 25 juin 1892, t. X, p. 362. — **Küstner**. *Grundzüge der Gynäkologie*. Iena, 1893. — **Max Walthard**. On the factors which produce septic peritonitis. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1892, p. 454. — **Macnaughton Jones**. Uterine reflexes : distant lesions and remote symptoms due to uterine irritation. *Provincial med. J.*, Leicester, 1893, 282. — **Monod (E.)**. De l'entérite pseudo-membraneuse et de son rôle en gynécologie. *Annales de la policlinique* de Bordeaux, 1893, 274. — **Sinclair**. Metrostaxis and menstruation after operation on the broad ligament, *Brit. med. J.*, mai 1893, p. 1100.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Alexandre Duke**. On the value of the spiral Wire Uterine Stem in Cases of Stenosis. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1892, XI, p. 248. — **Baldy**. Gynecological technique as carried out at the gynecean Hospital. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 14 janvier 1893, t. XXX p. 43. — **Betton Massey**. A case illustrating the treatment of painful prolapsed ovaries in young girls. *Medical News*, Philadelphia, 7 janvier 1893, t. LXII, p. 12. — **Braithwait (J)**. A note on Reid's Uterine Dilatation. *Lancet*, Lond., 1892, p. 909. — **Bungé**. *Beitrag zur Kenntnis der Hydrastis canadensis u. ihrer Alkaloïde*. Dorpat, 1893. — **Candia**. La elettrolisi nella cura dei mio-fibromi dell'utero. *Giornale interna. delle sc. mediche*. 1892, p. 814. — **Coe**. The present Status of Emmet's operation for laceration of the cervix uteri. *The New-York. Journ. of Gyn. et Obst.*, juin 1893, p. 453. — **Courtin**. Disques fixateurs en caoutchouc avec

collerette pour maintenir les tiges de laminaire et les crayons médicamenteux dans la cavité utérine. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 24 avril 1892, p. 219. — **Decio**. La corrente galvanico nella cura dei fibro-miomi dell'utero. *Annal. di Ost. e Gin.*, mars 1893, p. 191. — **Edwards Reynolds**. On the value of Electricity in minor Gynecology. *The Boston med. et surg. Journal*, 21 avril 1892, t. CXXVI, p. 381. — **Franklin H. Martin**. Remarks on Electricity in Gynecology and a new portable galvanic Battery. *Med. News*, Philad., 25 jan. 1890, LVI, 95. — **Gaudier**. Traitement de la chute complète de l'utérus et du vagin par l'hystérectomie vaginale. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1893, p. 166. — **Goebet**. The faradic Current in gynecology, with Description of improved Apparatus. *Med. Record*, juin 1893, p. 744. — **Grynfeltt**. De curèttage de l'utérus. *Montpellier méd.*, 28 mai 1892, p. 427. — **Keating**. Aluminum Wire Pessaries (Wool wrapped). *Med. News*, Philadelphia, 9 janvier 1893, t. LXII, p. 15. — **Kurz**. Eine einfache Vorrichtung zum Fixiren des Uterus und des Speculum. *Cent f. Gyn.*, 1893, nº 16, p. 363. — **Lawrence**. Remarks on the Use of Electricity in gynecology. *Lancet*, Lond., 1891, p. 1143. — **Lombe Atthill**. On dilatation of the Uterus and the Treatment of some of the Commoner forms of uterine Disease. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1892, p. 72. — **Ludwig**. *Uber Pessarien*. Tubingen. — **Mc Court**. The non-operative Treatment of uterine Diseases. *Med. Rec.*, mai 1893, p. 583. — **Neugebauer (F. L.)**. Zur Warnung beim Gebrauche von Scheiden pessarien. *Archiv. f. Gynäk.*, t. XLIII, p. 3. — **Palmer**. The gynecological Uses of certain medicinal Remedies. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 1891, p. 427. — **Polacco**. Nuovo contributo allo studio dell' Ittiolo in ginecologia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 575. — **Stafford**. Dilatation of the Cervix Uteri. *The New-York med. J.*, mars 1893, p. 239. — **Taylor**. Pessaries and Crutches. *Med. Rec.*, mars 1893, p. 326. — **Wallace A. Briggs**. Antiseptic cataphoresis in the Treatment of Diseases of the Uterus and its Appendages. *Medical News*. Philadelphia, 21 janvier 1893, t. LXII, p. 65. — **Wright**. Galvanism in fibroïd Tumors of the Uterus. *Cincinnati Lancet Clinic*, septembre 1892, t. XXIX, p. 379. — **Ziegenspeck**. Uber Apostoli's Verfahren und über einen elektrotherapeutischen Universalapparat. *Deut. Medizinal. Zeitung*, juin 1893, p. 549.

VULVE ET VAGIN. — **Gfroerer**. *Ein Fall v. Fibroma molluscum der Vulva*, Tubingen, 1893. — **Green**. Lacerations of the Vagina by coitus. *The Bost. med. and surg. J.*, avril 1893, p. 364. — **Stauziale**. Ricerche anatomo-patologiche zu di un caso di elephantiasi dei genitali esterni muliebri con riscontro dei nodi vasofornarivi (Baraban). *Giornale internaz. delle Sc. mediche*, Napoli, 1892, p. 365. — **Townsend (C.-W.)**. Cases of abnormalities of the female genitals. *Boston med. and surg. Journal*, 30 march 1893, I, 306.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Edward Jacob Forster**. Spontaneous Reduction of a chronically inverted and completely prolapsed Uterus. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 juillet 1892, CXXVII, p. 39. — **Edwin Ricketts**. Position of Patient and time for repairing the lacerated Perineum. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 26 mars 1892, t. XXVIII, p. 391. — **Montgomery (E.-E.)**. Prolapsus uteri. *Med. News*, 1893, I, 209. — **Spallek**. *Ueber Prolapsus-operationen m. besond. Beruckscht. der Frank'schen Methode aus der Greifswalder gynækologischen Klinik*,

Greifswald, 1893. — **Tuttle.** Modern Treatment of Retroversion of the Uterus complicated with adhesion. *The Bost. med. and s. J.*, février 1893, p. 194. — **Monod (E.).** Périnéorrhaphie par le procédé de Lawson Tait. *Poitou médical*, Poitiers, 1893, 44.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Battie Bain.** On a Case of complete Occlusion of the Uteri. *Lancet*, Lond., 1891, p. 1096. — **James.** On a Cure for « Incurable Metrorrhagia ». *The Lancet*, juin 1893, p. 1315.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Burk.** *Pyoëmie bei Carcinom d. Uterus*, Tubingen, 1893. — **Coyne.** Sur un nouveau fait d'épithélioma végétant de la muqueuse utérine. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 mai 1892, p. 273. — **Dubar.** Volumineux fibrome de l'utérus. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1892, p. 593. — **Duval.** Deux cas d'hystérectomie totale abdominale. *Journ. Sc. méd.*, Lille, 29 avril 1892, p. 410. — **Eastman.** Vaginal Extirpation of the Uterus ; forty consecutive cases. *Med. Rec.*, n° 7, avril 1893, p. 385. — **Evans (Z.-H.).** The nature and choice of Method in the Treatment of uterine Cancer, *Buffalo medic. and surg. J.*, 1893, 653. — **Hall.** Total Extirpation of the fibroid Uterus. *The Cincin. Lancet Clinic.*, juin 1893, p. 676. — **Hinkson.** Supravaginal Hysterectomy performed for the removal of a subperitoneal fibrocystic Tumor of the Uterus. *The New-York med. J.*, mars 1893, p. 233. — **Hawel (Van).** Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Guérison. *Annales médico-chirurgicales*, 1893, 5. (Belgique). — **Murphy.** Two Case of vaginal Hysterectomy for Cancer. Recovery. *Lancet*, Lond., 1892, II, 993. — **Pfannenstiel.** Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uterus Krebes auf Grund eines weiteren Falles von « doppeltem Carcinom an der Gebärmutter ». *Cent. f. Gyn.*, mai 1893, p. 414. — **Reed.** Fibroid of the Uterus. *Cincinnati Lancet Clinic.*, 1892, p. 532. — **Tedenal.** Extraction d'un fibro-myôme de l'utérus avec hystérectomie. *Montpellier méd.*, avril 1892, p. 358. — **Th. Landau.** Zur Gesichte und Technik der Totalextirpation der Gebärmutter. *Berlin. klin. Wochenschr.*, juin 1893, p. 568, 598. — **Turgard.** Hystérectomie abdominale pour fibrome utérin volumineux chez une femme ayant subi deux fois la néphrorrhaphie. Guérison. *Annales de la policlinique de Lille*, 1893, 12. — **Wichert.** *Ueber vaginale Myomotomie*, Dorpat, 1893.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Andrejeff.** Diagnostic, marche et thérapeutique conservatrice dans les hydropisies tubaires et les salpingo-ovarites. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1893, p. 225. — **Arthur T. Cabot.** The Treatment of pelvic Abscess. *The Boston medical and surgical Journal*, 19 mai 1892, t. CXXVI, p. 493. — **Butler-Smythe.** A rare Form of double Pyo-salpinx. *The Lancet*, janvier 1893, p. 82. — **Charles Strong.** The Influence of morbid Conditions of the uterine Adnexa upon reflex Phenomena. *The Boston med. and surg. Journal*, 12 janvier 1893, t. CXXVIII, p. 35. — **Christian Feuger.** Hyperplastic Salpingitis and its operative Treatment by Drainage. *Med. Record*, juin 1893, p. 678. — **Coe.** Pelvic Suppuration after the Menopause. *Med. Rec.*, n° 7, janvier 1893, p. 33. — **Danis.** A Case of pelvic Hœmatocele treated by abdominal Section and Drainage. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, janvier 1893, p. 193. — **Dubar.** Pyosalpinx ouvert dans la vessie. Laparotomie. Fistule.

Hystérectomie. Guérison. *Bullet. méd. du Nord*, Lille, 1893, 235. — **Ferrari**. Cellule simili alle deciduali sulla mucosa túbarica in un caso di salpingite catarrale acuta. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 567. — **Gighio**. Osservazioni anatomo-cliniche, sperimentali sopre i flemmoni pelvici e le ovaro-salpingiti. *Annali di ostetricia e ginecologia*, mai 1893, p. 395. — **Hally**. Pyosalpinx complicated with uterine Fibroid Operation; Recovery. *The medical Age*. Detroit, Michigan, 10 janvier 1893, t. XI, p. 14. — **Hausing**. *Ein Falle v. Haematocele retrouterina*, Tubingen, 1893. — **Hellier**. On pelvic Hæmatocele. *Prov. med. Journ.*, Leicester, XI, 1892, p. 231. — **Lejars**. Hernie inguinale de la trompe. *Revue de chirurgie*, février 1893, 12. — **Lejars**. Hernie vaginale simultanée de la trompe utérine et de la vessie. Les hernies de la trompe. Les lésions opératoires de la vessie herniée. *Rev. de chirurg.*, février 1893, p. 110. — **Morgan**. Case of double Pyosalpinx complicated by Patency of the Cardiac Ventriculor Septum. *Brit. m. J.*, janvier 1893, p. 174. — **Munde**. Salpingitis. *Cent. f. Gyn.*, mai 1893, n° 21, p. 481. — **Noble**. Case of true pelvic Abscess. *Ann. of Gyn. and Pæd*, janvier 1893., p. 201. — **Parker**. Double inguinal Hernia of ovary and fallopian Tube : Absence of vagina and Cervix Uteri. *Brit. med. J.*, janvier 1893, p. 68. — **Reginald H. Fitz**. The pathology of pelvic Inflammation. *The Boston medical and surgical Journal*, 19 mai 1892, t. CXXVI, p. 491. — **Rogner-Gusenthal**. Ueber einen Fal von Hernia obturatoria incarcerata completa mit Vorlagerung der Tuba and des ovariums. *Wien. Mediz. Presse*, juin 1893, p. 1010. — **Rufus B. Hall**. Report of three Cases of Pyosalpinx. *Cicinnati Lancet Clinic.*, 2 avril 1892, t. XXVIII, p. 432. — **Rufus B. Hall**. — Pyosalpinx with Abscess in the Ovaries. *Cincinnati Lancet Clinic.*, 1892, p. 575. — **Stuart Nacrise**. Surgical pelvic Hœmatocele : its Cause and Prevention. *Prov. med. Journ.*, Leicest., 1892, p. 587. — **Winternitz**. *Chronische Oophrotis*, Tubingen, 1893. — **Wittenberg**. *E. Fall. v. Pyosalpinx m. Perforation in die Bauchhöle*, Tubingen, 1893.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Baer**. A Case of large solid Tumor of the Ovary, complicated with malignant Disease. *Ann. of Gynæc. and Pæd.*, mars 1893, p. 372. — **Collins Warren**. Solid Tumor of Ovary. *The Boston med. and surgical Journal*, 5 janvier 1893, t. CXXVIII, p. 10. — **Dubar**. Fibrome de l'ovaire. *Bulletin médic. du Nord*, vendredi 13 janvier 1893, p. 7. — **Chambrelent**. Influenza à forme gastrique et intestinale chez une femme enceinte de 8 mois; mort du fœtus. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 23 avril 1893, p. 194. — **Grey (R.)** Case of dermoïd Disease of both Ovaries. *Medical Chronicle*, Manchester, 1893, I, 385. — **Kelly**. Preliminary Report on the Morphology of ovarian and myomatous Tumours. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juin 1893, p. 464. — **Linke**. Double ovarian Cyst. *CincinnatiLancet Clinic.*, 1892, 572. — **Lloyd Roberts**. Further Cases of ovarian cystic Tumours. *Med. Chronicle*, Manchester, 1893, I, 371. — **Monlaud**. Ovarian Cyst with internal Hemorrhagie; Operation ; Recovery. *Med. News*, février 1893, p. 131. — **Monod (E.)**. Kyste prolifère de l'ovaire. *Gaz. heb. des Sc. méd. Bordeaux*, 6 nov. 1892, p. 566. — **More Madden**. Lectures on the Treatment of ovarian Tumours. *Prov. med. Journ.*, Leicester, 1892, XI, p. 239. — **Neuenhöfer**. *Dermoidcysten der Ovarien*, Diss. Tubingen, 1893. — **Romiti**. Volumi-

noso sarcoma dell' ovaio destro. Asportazione. Guarigione. *Annali di ost. e ginec.* Milano, nov. 1891, p. 800.

ORGANES URINAIRES. — **Condamin.** D'une modification des rapports de la vessie dans les prolapsus utérins non compliqués de cystocèle ; possibilité de blesser la vessie dans l'hystéropexie. *Lyon médical*, juin 1893, p. 177. — **Homans (John).** Two Cases of Stone in the Bladder : one Removed by Lithotomy, and the other through the Urethra. *Boston med. and surg. J.*, 27 avril 1893, I, 415. — **Swasey.** Eye-Affections from kidney-Disease. *The Bost. med. and S. J.*, mars 1893, p. 208.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bolot.** Pelvic Elevation in abdominal Surgery, with a new transportatable Table for obtaining this Posture. *Med. Rec.*, mai 1893, p. 580. — **Buinic.** A plea for early Operation when certain intra-abdominal Diseases are suspected, but not know to Exist. *Med. Rec.*, juin 1893, p. 688. — **Caffery (Russell).** Secondary Cœliotomy following an Oophorectomy. *Med. News*, Phil. 1893, I, 542. — **Campbell (J.).** Double Ovariotomy for multilocnlar Cysts performed during an Attack of Peritonitis. *Lancet*, London, 1893. I, 1440. — **Davis.** Report of a Case of abdominal Section for pelvic Abcess and Peritonitis with removal of double Pyosalpinx. Recovery. *Bost. med. and surg. J.*, juin 1893, p. 548. — **Gilbert Barling.** Two Cases of abdominal Section. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1892, 995. — **Hourams.** Ovariotomy in Age. *The Bost. med. and surg. J.*, juin 1893, p. 518. — **Maylard.** Strangulated Hernia of the left Ovary in the femoral Section. *Brit. med. Journ.*. London, 1892, p. 761. — **Meredith.** The Treatment of the Peritoneum in abdominal Surgery. *Lancet*, Lond., 1892, II, 995. — **Mixter (S.-J.).** Laparotomy in tubercular Peritonitis. *Bost. med. and surg. J.*, 4 may 1893, I, 437. — **Pearse.** — *Ueber Castration bei Menorrhagien, die nicht durch Neubildungen in Genitaltractus veranlasst sind.* Bern., 1893. — **Rob. Sanderson.** On a Method of Ligaturing the Pedicle in Ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892, p. 1184. — **Ryder.** Ventral Fixation of the Uterus. *Bost. med. and surg. J.*, 20 avril 1893, I, 389. — **Skene Keith.** The Treatment of the Pedicle in Ovariotomy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 967. — **Smith.** Report on the abdominal Sections performed in the Gynæc. Wardsof. St-Vincent's Hospitals. *The Lancet*, février 1893, p. 294. — **Thomas Opie.** Abdominal Surgery. *The medical Age*. Detroit, Michigan, 25 mai 1892, t. X, p. 236. — **Washburn.** Treatment of Sinus following abdominal Operation : A case. *Bost. med. and surg. J.*, juin 1893, p. 546.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Green (Charles M.).** The Case of women in labor. *Boston med. and surg. J.*, 11 mai 1893, I, 459. — **Mac Lean Ross (Alice).** To prevent Laceration of the Perineum by the Shoulder. *Medical News*, Philadelphia, 7 janvier 1893, t. LXII, p. 12. — **Maddox.** Managemen of the third Stage of Labor. *The Cincinnati Lancet clinic.*, avril 1893, p. 417. — **Rosenberg (Julius).** The Management of Labor. *Med. Rec.*, N.-Y., 1893, t. I, p. 134.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Belloni.** Di un nuovo uncino acuto ostetrico. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mai 1892, p. 365.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Helme.** The Composition of the fœtal Urine secreted in Utero. *Bristish medic. Journal,* 17 juin 1893, p. 1261. — **Neugebauer** (**F.-L.**). Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken speciell der Ætiologie und Genese der Promontorial-exostosen und zu der Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitales sowie der Coïncidenz von Läsionen an der hinteren und vorderen Wand desselben. *Zeitschr. f Geb.*, t. 26, 2 H, p. 373. — **Petrone.** Il micro-organismo della nitrificazione e l'osteo-malacia. *Riforma Medica,* mai 1892. — **Rivière.** Du bassin des bossues. *Arch. clin. de Bordeaux*, mai 1893, p. 5. — **Truzzi.** Intorno alle variazioni fisiologiche nella proporzione numerica dei leucociti nel sangue refluo uterino. *Annali di ost. e ginec*, Milano, oct. 1891, p. 725.

DYSTOCIE. — **Barnstedt.** *Kaiserschnitt durch narbige Stenose der Vagina bedingt.* Tubingen, 1893. — **Gray.** Difficult Labor from dorsal Displacement of the Arm of the Fœtus. *Med. Rec.*, mai 1893, p. 589. — **Holland.** A Case of Porro's operation for Fibromyomata. *Brit. med. J.*, Lond., 18 mars 1893, I, 581. — **Kleinwächter.** Uterus bicornis. graviditas cornu sinistri repetita. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVI. Aft. 1, p. 144. — **Puech.** Induration syphilitique du col cause de dystocie. *Montpellier méd.*, 14 mai 1892, p. 393. — **Seegelken.** *Komplikation der Schwangerschaft mit Carninom d. Cervix.* Diss. Iena, 1893.

GROSSESSE. — **Bustamante.** Mutationes fetales al final del embarazo. *Revista de Cincias Medicas*, juin 1893, p. 121. — **Charles Green.** The Case of Women in Pregnancy. *The Boston medical et surg. Journal*, 25 février 1892, t. CXXVI, p. 186. — **Ferguson.** Uterine Rotation: its clinical Importance in Pregnancy and Labour. *Edinb. m. J.*, avril 1893, p. 930. — **Muller.** *Die schlechte Haltung der Kinder u. deren Verhutung*, Berlin, 1893.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Eustache** (**G.**). De la mort de l'un des fœtus dans les cas de grossesse gémellaire. *J. des Sc. méd. de Lille*, 31 mars 1893, p. 289.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bowlby** (**A.**). A Case of ruptured extra-uterine Fœtation; Laparotomy; Necropsy. *Lancet*, Lond., 1892, I, 971. — **Cabot.** Report of Cases of tubal Pregnancy, with Remarks upon the Choice of Operation. *The Boston med. and surg. J.*, mars 1893, p. 260. — **Carle.** Quattro casi di gravidanza extra-uterina operati con successo. *Annali di ost. e gin.*, Milano, déc. 1891, p. 845. — **Dührssen.** Tubarschwangerschaft. *Berl. kl. Woch.*, 15 mai 1893, p. 483. — **Fanny.** A Case of tubal Pregnancy. *The Boston med. and surg. J.*, mars 1893, p. 262. — **Goodell.** Remarks on a Case of tubal Pregnancy. *Med. News*, avril 1893, p. 405. — **Harris Weinstein.** Intra-abdominal Hæmorrhage from extra-uterine Fœtation; expectant Treatment. Recovery. *Med. Rec.*, mai 1893, p. 591. — **Johnson.** Extra-uterine Pregnancy; Cœliotomy; recovery. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1892, p. 60. — **Laskine.** De la grossesse extra-utérine. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1893, p. 52; 338. — **Wolcott.** Case of extra-uterine Pregnancy. *The Bost. med. and surg. Journ.*, mars 1893, p. 263.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS. TÉRATOLOGIE. — **Charles.** Viabilité des nouveau-nés à terme et avant terme. Accouchement spontané et provoqué. *Bullet. de la Soc. belge de gyn.*, 5e an., n° 3, 1893, p. 39. —

Czygan. *Kinderverluste an der Königl. Frauenklinik zu Königsberg*, 1887-1891, Diss. Königsberg, 1893. — **Gampert**. Fistule entéro-ombilicale diverticulaire chez un nouveau-né. *Rev. méd. de la Suisse romande*, juin 1893, n° 6, p. 356. — **Gilford**. A Case of Tetanus neonatorum. *The Lancet*, février 1893, p. 297. — **Harvie Dew**. Establishing a new Method of artificial Respiration in Asphyxia Neonatorum. *Med. Rec.*, n° 7, mars 1893, p. 289. — **Kemke**. *Uber angeborenen Defekt der Fibula*, Königsberg, 1893. — **Koplik (H.)**. Urogenital blenorrhœa in children. *J. of cut. and gen. urin. dis.*, N.-Y., 219. — **Landucci**. Di una interessante malformazione dello scheletro in feto mostruoso. *Ann. di ost. e gin.*, mars 1893, p. 251. — **La Torre**. Le mostruosita fetali dal punto di vista diagnostico. *Annali di ost. e gyn.*, Milano, 1892, p. 498. — **Negri**. Morte del neonato in causa di lesion rare. *Annal. di ost. e gin.*, avril 1893, p. 337. — **Oliver**. Mummification of a Fœtus in Uterus. *The Lancet*, janvier 1893, p. 16. — **Oliver**. On Central birth palsy. *Brit. med. J.*, avril 1893, p. 732. — **Perk**. *Unzeitige Frucht m. Nackencysten*, Königsberg, 1893. — **Pugliatti**. Sul raschiamento uterin., *Ann. di ost. e gin.*, mars 1893, p. 235. — **Romey**. *Epignathus m. cyclopoiter Gesichtsbildung*, Diss. Königsberg, 1893. — **Schultze**. Zur Wiederbelebung tiefs scheintodt geborener Kinder durch Schwingen. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 15, p. 329. — **Stewenson**. A Case of gastro-intestinal Hæmorrhage in an Infant. *The Lancet*, avril 1892, p. 927.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Caruso**. Operazioni complementari del Taglio cesarea. *Annali di ost. e ginec.* Milano, 1892, p. 517. — **Döderlein**. *Leitfaden f. den geburtsh. Operations*, Leipzig, 1893. — **Eustache (G.)**. Les questions actuelles de l'obstétrique. La symphyséotomie. *Journ. des Sciences médicales de Lille*, 16 juin 1893, p. 553. — **Fernando-A. Cancio y Madrigal**. Hidro-amnios Aplicacion de forceps on el estrecho superior. *La Abeja Medica* (Habana, mars 1893, p. 33. — **Grandin**. Symphyseotomy; Its Technique and after Results, with a Report of two Cases. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juin 1893, p. 461. — **Gray**. A Case of cæsarian Section. *Brit. m. J.*, avril 1893, p. 813. — **Griffith**. A Case of cæsarian Section for rachitic Deformity. Recovery of Mother and Child. *Brit. med. J.*, mars 1893, p. 636. — **Harris**. The Porro-cæsarian Operation, Tested by a Trial of sixten Years and in Twenty one different Countries, under Two Hundred and Twenty four Operators. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, avril 1893, p. 273. — **Herman**. A Case of Porro's Operation for an unique Indication. *The New-York J. of. Gyn. and Obst*, juin 1893, p. 484. — **Jewett**. The clinical Limitations of Symphyseotomy. *The New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, juin 1893, p. 449. — **Nagel**. Weitere Beiträge zur Lehre Von der Wendung auf einen Fuss. *Arch. f. Gynäk.* T. 44, H. 1, p. 1. — **Noble**. Report of a successful Elective cæsarian Section. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, janvier 1893, p. 196. — **Ostermann**. Die Entwickelung des Nachfolgenden Kopfes und der Dammschutz. *Berlin klin. Wochensch.*, 15 mai 1893, p. 468. — **Piccinini**. Un caso di operazione cesarea alla Porro. *Annali di ost. e ginec.* Milano, décembre 1891, p. 843. — **Ramdohe**. A case of modern cæsarian Section with a unique Indication; also a Report of a Porro Operation. *The N.-Y. J. of Gyn. and Obst.* mars 1893, p. 185. — **Spinelli**. Sulla sinfiseotomia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 481. — **Truzzi**. Per la riabilitazione della sinfiseotomia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, octobre 1892, p. 777. —

Waltham. A case of cæsarian Section. *The Bost. med. and surg. J.*, avril 1893, p. 366.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Barker.** The Coagulability of the blood in Parturition, a Factor in the Occurrence of Post-partum Hæmorrhager. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, mars 1893, p. 365. — **Berry.** Notes of a Case of puerperal Eclampsia, treated by hypodermic Injection of Morphine. *The Prov. med. J.*, mai 1893, p. 242. — **Bidder.** Ueber 44/Fälle von Eclampsie aus der Petersburger Gebäranstalt. *Arch. f. Gyn.*, t. 44, H. I, p. 165. — **Bishop.** Clinical Lecture on Post-partum Hæmorrhage, with especial Reference to its Treatment by Compression of the Aorta. *The Lancet*, avril 1892, p. 917. — **Blume.** Post-partum Hæmorrhage. *Medical Standard*, Chicago, juin 1892, t. XI, p. 168. — **Chambrelent.** Influenza à forme gastrique et intestinale chez une femme enceinte de huit mois. Mort du fœtus. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 23 avril 1893, p. 195. — **Chesman Barker.** Case of puerperal Eclampsia; Recovery. *The Lancet*, London, 1892, p. 796. — **Douglas Ayres.** A Case of puerperal Eclampsia at the seventh Month; with a few thoughts as to Treatment from practical Experience. *Med. News*, Philad., 1893, I, 212. — **Fraisse.** Verletzungen des Collum in partu. N° 21, 1893, p. 481. — **Gay.** On peripheral birth palsy. *Brit. Med. J.*, avril 1893, p. 733. — **Gibbon.** Rupture of Uterus in early Months of Pregnancy. *Cincinnati Lancet Clinic*, 17 septembre 1892, t. XXIX, p. 383. — **Glegg.** Puerperal Fever from a Surgeon's of View. *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1er février 1893, t. XII, p. 74. — **Gunn.** Labour complicated by pleuritic Effusion. *The Lancet*, mai 1893, p. 1134. — **Gustav Zinke.** Two Cases of Post-partum Hæmorrhage. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 1892, p. 201. — **Hewitt.** Sul vomito incoercibile durante la gravidanza. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mai 1892, p. 369. — **Jacob.** *Retroversio u. Retroflexio Uteri gravidi*, Diss., Iena, 1893. — **John-M. Thompson.** A Case of complete Inertia uteri at full term : Labor induced by abdominal Pressure. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 juillet 1892, t. CXXVII, p. 41. — **John-M. Thompson.** An unusual Case of puerperal Septicæmia. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 juillet 1892, t. CXXVII, p. 41. — **Landucci.** Delle lacerazioni perineali durante il parto e del loro trattamento immediato. *Annali di ost. e ginec*, Milano, mai 1892, p. 530. — **La Torre.** Sifilide e gravidanza. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, octobre 1892, p. 717. — **Lynds.** Hernia of the Placenta trough the muscular Coat of the Uterus during Labor. *Medical News*, Philadelphia, 21 janvier 1893, t. LXII, p. 77. — **Mangiagalli.** Tre casi di utero unicorne con corno rudimentale. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mai 1892, p. 351. — **Marriott.** Three Cases of puerperal Eclampsia. *The Lancet*, janvier 1893, p. 193. — **Mc Cuaig.** Hydatidiform Mole, with report of a Case. *Medical News*, 9 avril 1892, t. LX, p. 402. — **Mc Kee.** Abortion. *Cincinnati Lancet Clinic*, 30 avril 1892, t. XXVIII, p. 567. — **Meola.** Contributo alla patologia della placenta. *Annali di ost. et ginec.*, Milano, décembre 1891, p. 809. — **Miles.** Case of incomplete Miscarriage or Abortion. *The Lancet*, mai 1893, p. 1255. — **Mann.** Laceration of Cervix, Endometrites, lateral Displacement of Uterus, pelvic Peritonitis following Abortion. *Buffalo med. and s. J.*, avril 1893, p. 549. — **Moser.** A Review of the Pathology of puerperal Eclampsia. *Med. Rec.*, N.-Y., mars 1893, p. 364. — **Pierce.** Two Cases of ante-partum Hæmorrhage, both

terminating fatally. *Bost. med. and surg. J.*, juin 1893, p. 550. — **Porak et Bernheim.** Des injections sous-cutanées d'eau salée, employées comme diurétiques, en particulier dans le traitement de l'albuminurie gravidique grave. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1893, p. 206. — **Porteous.** Eclampsia Gravidarum et Parturientium. *Med. News*, février 1893, p. 141. — **Raineri.** Metrorragie da placenta previa. *Ann. di ostet. e gin.*, mars 1893, p. 169; 273. — **Roncaglia.** La forte flessione e l'estensione del capo fattori di compressione del funiculo awolto al collo del feto. *Annali di ostet. e ginec.*, Milano, octobre 1891, p. 709. — **Roger Williams.** Post-partum Hæmorrhage. *Medical Standard,* Chicago, mai 1892, t. XI, p. 139; 171. — **Sternberg.** Uber Behandlung und Diagnose der Osteomalacie. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1892, p. 44. — **Villa.** Monstruosita fetale ed idramnios acuto. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, octobre 1892, p. 757. — **Wiener.** Study of a Case of Placentitis. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juin 1893, p. 495. — **Wilbur (Hubert-G.).** A Case of Placenta prævia lateralis. *Bost. med. and surg. J.*, 4 mai 1893, I, 438. — **Wilson.** A Case of sudden death in Children. *The Am. Lancet,* mars 1893, p. 81. — **Withrow.** Puerperal Eclampsia. *The Cincin. Lancet Clinic.*, mars 1893, p. 291.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Grandin.** The Treatment of purulent puerperal Peritonitis. *Med. Rec.*, février 1893, p. 785. — **Kalz.** Aseptische Geburtshilfe oder geburstshilfliche Antiseptik. *Wien. Medizin. Presse*, août 1892, p. 1354. — **Kehrer.** Zur Technik der Uterus tamponade mit Gaze. *Cent. f. Gyn.*, mai 1893, p. 411. — **Mc Cann.** The Symptoms and Treatment of septic Intoxication during the puerperum. *The Lancet,* juin 1893, p. 1505. — **Murphy.** Curetting for the Cure of Endometritis and continued Hæmorrhage following Abortion. *Med. Rec.*, mai 1893, p. 590. — **Simpson.** Induction of Labour by means of intra-uterine Injections of Glycerine in a Case of Eclampsia Gravidarum. *Edinb. med. J.*, avril 1893, p. 898. — **Skeel (R.-E.).** The Use of the Curette in Abortion. *Med. News*, Philad., 1893, I, 207. — **Worcester.** The Treatment of puerperal septic Peritonitis. *The Bost. med. and surg. Journ.*, juin 1893, p. 590.

VARIA. — **Barton Cooke Hirst.** A remarkable Deformity of the Pelvis, in Consequence of Fracture of the Sacrum. *The Boston medical and surg. Journal*, 5 janvier 1893, t. CXXVIII, p. 10. — **Bouchacourt.** Contribution hippocratique à l'histoire des fausses grossesses. *Lyon méd.*, 1892, p. 557. — **Fischer.** Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftsniere. *Wien. k. Wochschr.*, 40/92. — **Gould Smith.** A few Cases from my Experience in Obstretrics. *Cincinnati Lancet Clinic.*, 25 juin 1892, t. XXVIII, p. 840. — **Henrich Fritsch.** Die krankenabsonderung in Frauenklinichen. *Klinisches Jarbuch.*, III, Berlin. — **Kaltenbach.** *Lehrbuch der Geburtshilfe.* Stuttgard, 1893. — **Klarus.** *Uber künstliche Unfruchtbarkeit. Volksthumlich geschrieben.* Mittweida, 1893. — **Leopold.** *Arbeiten aus d. Königl. Frauenklinik in Dresden*, Leipzig, 1893. — **Thomson (John).** Note on three living Cases of Achondraplasia. *Edinb. med Journ.*, juin 1893, p. 1109. — **Winckel.** *Lehrbuch der Geburtshülfe einschliesslich der Pathologie u. Therapie des Wochenbettes*, Leipzig, 1893.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR UN FŒTUS HUMAIN MONSTRUEUX APPARTENANT A LA FAMILLE DES MONOSOMIENS

Par le Dr **Alfred Rouxeau**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes.

Les monosomiens sont des monstres doubles à un seul corps.

En les rangeant, comme l'a fait Saint-Hilaire, dans un ordre qui correspond à leur état de plus en plus imparfait de duplicité, on a les trois genres suivants :

1° Les *Attodymes*. — Deux têtes séparées, placées côte à côte en contiguïté par leur partie postéro-latérale. Deux atlas.

2° Les *Iniodymes*. — Deux têtes fusionnées latéralement dans la région occipale et, le plus souvent aussi, dans la partie postérieure de la région pariéto-temporale. Atlas présentant des traces manifestes de duplicité.

3° Les *Opodymes*. — Deux têtes réunies, toujours dans la même disposition d'ensemble, par les côtés de la tête, depuis l'occiput jusqu'à la région oculaire. Atlas unique. La figure suivante représente un type moyen d'opodyme tiré de la collection de l'École de médecine de Nantes, et qui me permettra de ne pas m'étendre sur la description de ce genre relativement assez commun.

A l'époque où il écrivait le *traité de Tératologie*, Saint-Hilaire considérait les opodymes comme présentant à peu près le dernier degré de fusion possible de deux têtes.

Depuis, M. Goubaux a rapporté, dans les *Mémoires de la Société de biologie*, en 1868, l'histoire d'un monosomien plus avancé du côté de la fusion complète. Il s'agit d'un veau chez lequel, non seulement les deux yeux internes, situés sur la ligne médiane et avortés, occupaient une cavité unitaire commune, fait observé déjà chez les opodymes les plus accentués, mais encore les deux narines internes étaient aussi réunies en une seule.

Il m'a paru utile d'entrer dans ces quelques considérations préliminaires avant d'aborder la description d'un monstre dont l'examen m'a été confié il y a quelque temps et qui appartient, je crois, à un genre encore non décrit de la famille des monosomiens.

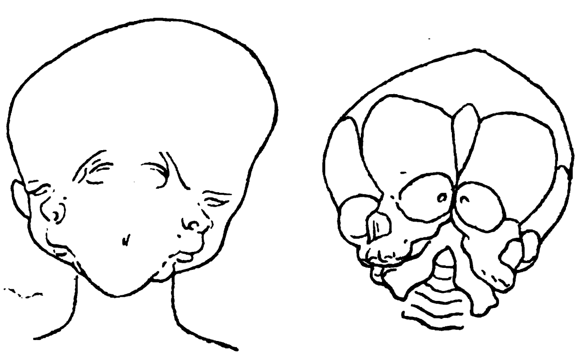


Fig. I.

Il s'agit d'un fœtus humain monstrueux, extrait au moyen du forceps le 12 octobre dernier par M. le Dr Rousseau. d'Herbignac, qui a eu l'obligeance de me fournir les renseignements suivants sur les antécédents et sur les circonstances qui ont accompagné l'accouchement

Parents non consanguins et sans tare personnelle sous le rapport de l'hérédité, à signaler l'aïeul maternel, vieil alcoolique endurci. Mère multipare. Grossesse normale. Pendant

l'accouchement, un incident assez curieux : le travail était commencé depuis vingt-quatre heures et n'avançait pas. Notre confrère hésitait sur la conduite à tenir, quand, à la suite d'un toucher, il ramena un œil au bout de son index. C'était un œil gros comme une moyenne noisette, de consistance normale, mais d'une forme un peu ovoïde et pourvu de deux cornées et de deux iris parfaitement distincts et séparés. Il y avait donc là fusion de deux globes oculaires. Éclairé sur la nature du fœtus évidemment voué à une mort certaine et à bref délai, M. Rousseau n'hésita plus et perfora le crâne. L'opération donna issue à une grande quantité de liquide de matière cérébrale. Une application de forceps termina l'accouchement. Le fœtus était flasque.

Mon collègue et ami le Dr Guillemet, à qui M. Rousseau apporta le monstre deux jours après, le fit mouler et me pria de l'étudier ; un concours de circonstances qu'il serait insignifiant d'énumérer ici ne me permit malheureusement de pratiquer cet examen qu'au bout d'un temps assez long.

C'est un fœtus du sexe féminin, en bon état, nullement macéré ; la peau est intacte. L'épiphyse inférieure du fémur n'a pas encore paru, ni celle de l'extrémité supérieure du tibia ; ce dernier os n'a que 56 à 57 millimètres de longueur. Bref le fœtus n'est pas à terme. Mais il est entré dans son neuvième mois.

Il est parfaitement conformé, à l'exception de la tête, véritablement monstrueuse, et que le forceps a mise dans un piteux état. Il m'a fallu tant bien que mal en rétablir la forme réelle.

Les dimensions sont les suivantes : Tr. 226 millim. — V. 105 millim. circonf., A. P. 115 millim., max. 530 millim. La partie droite est notablement moins volumineuse.

La forme est celle d'un gros haricot, couché à plat transversalement et le hile en avant. Au-dessus du hile se cache un bas de face à peu près normal.

A deux centimètres environ au-dessus de la racine du nez se détache une petite trompe, peu saillante, à large base

d'implantation, et formée par un repli cutané assez analogue à un limbe préputial. En écartant les bords de ce limbe on découvre sur la ligne médiane une petite cloison verticale dont le bord libre supporte une petite tumeur arrondie et pédiculée de chaque côté de la cloison qui est uniquement formée par un repli cutané, deux orifices conduisent chacun à une petite cavité distincte terminée en cul-de-sac, d'une certaine profondeur et tapissée par un revêtement cutané lisse et humide. Il s'agit bien évidemment là d'un nez rudimentaire.



Fig. 2.

Au-dessus de la trompe, et au fond d'une assez large dépression se trouve une cavité, à peine indiquée, de dimensions à loger le bout du doigt et bordée par un repli cutané circulaire mal dessiné. C'est évidemment là la cavité conjonctivale qui contenait l'œil double tombé lors de l'exploration digitale. Le peu de profondeur qu'elle présente explique la facilité avec laquelle il a été arraché. La macération prolongée du fœtus dans l'alcool a transformé la surface de cette orbite vide et les débris divers qu'il contient en une masse dure, dans laquelle il est difficile, pour ne pas dire impossible, de s'orienter.

Plus en arrière, juste au point culminant de la tête et sur la limite du cuir chevelu, se trouve appendue une tumeur pédiculée, aplatie par compression et qui mesure, comme dimensions, quatre centimètres de long, sur trois de large et un à peine d'épaisseur. En ce point, le cuir chevelu présente une petite clairière demi-circulaire, il y est également plus adhérent à l'os sous-jacent et se trouve surélevé en une sorte de petit tertre au centre duquel est implantée la tumeur. Le pédicule en est assez long, 1 centimètre environ, mais très grêle ; la peau qui le tapisse est extrêmement fine. Quant à la tumeur elle-même, d'une coloration un peu rougeâtre, elle est formée par une peau épaisse, bien tendue, d'apparence normale et couverte d'un duvet assez abondant.

Une coupe longitudinale montre la disposition suivante : La partie renflée est occupée par de la graisse, au centre de laquelle on aperçoit une sorte de bourgeon ovalaire, disposé suivant le grand axe de la tumeur, et d'aspect presque absolument semblable à celui du tissu graisseux qui l'environne. De l'extrémité centrale du bourgeon part un filament qui s'engage dans le pédicule et que l'on peut suivre jusqu'à la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané ; là on le perd de vue, mais il est vraisemblable de croire qu'il continuait son trajet dans l'épaisseur des parois crâniennes. Au niveau du pédicule, il se trouve logé dans un tube de cartilage, parfaitement reconnaissable même à l'œil nu. Légèrement évasé à chacune de ses extrémités, ce tube cartilagineux se termine assez nettement par un certain épaississement de ses parois. L'état de mauvaise conservation de la pièce était tel que l'examen microscopique n'a pu me donner de renseignements plus précis sur la structure qu'elle présentait, et, en particulier, sur la nature du filament central.

D'après les connexions de cette tumeur avec le squelette du crâne, je crois qu'on doit y voir une oreille externe avortée et dégénérée.

Le squelette de la tête offre à considérer les particularités suivantes :

1° La face est normalement conformée, sauf un degré assez notable d'écartement des branches montantes des maxillaires

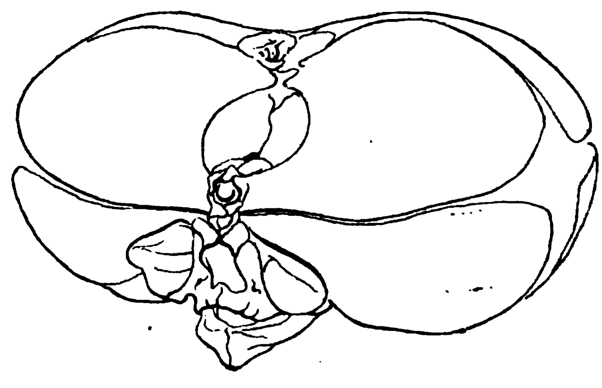


Fig. 3.

supérieurs et des orbites. Les os propres du nez, contigus par l'extrémité inférieure de leur bord interne, s'écartent aussi à leur extrémité supérieure en formant un angle obtus.

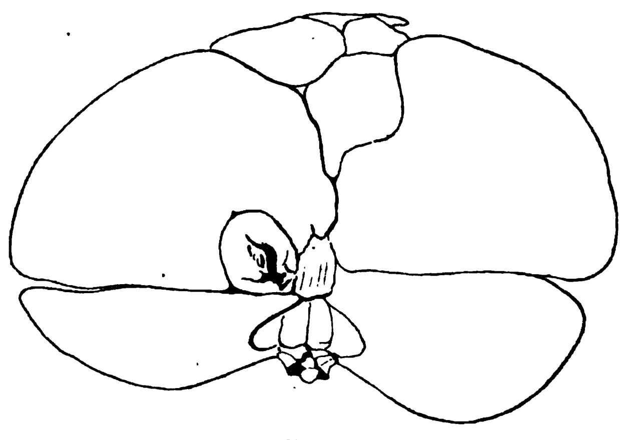


Fig. 4

2° Il y a manifestement deux crânes, un droit et un gauche, et disposés de telle façon que les sutures médio-frontales

et sagittales se continuent directement, placées dans le même plan horizontal.

Frontaux. — Il y a donc deux fronts. C'est le frontal gauche du front gauche qui forme la voûte orbitaire gauche; c'est le frontal droit du front droit qui forme la voûte orbitaire droite. L'apophyse orbitaire externe de ces frontaux inférieurs est luxée en avant et en dehors de l'apophyse orbitaire du malaire correspondant, d'où résulte une déformation des orbites en larme. Quand à l'apophyse orbitaire interne, elle se continue directement avec l'os propre du nez correspondant dévié en dehors comme je viens de le dire.

Les frontaux supérieurs, c'est-à-dire la moitié droite du front gauche, et la moitié gauche du front droit, se regardent et s'unissent par leur base en présentant la disposition suivante :

Les apophyses orbitaires internes se terminent aux deux côtés d'un massif de petites lamelles osseuses disposées en cratère autour d'une petite coque osseuse arrondie du volume d'un petit pois. Le massif repose sur une simple lame fibreuse qui forme en ce point la paroi crânienne. C'est là qu'était implantée la trompe. Il faut y voir évidemment les rudiments d'un certain nombre des os qui concourent à former le squelette du nez, ceux de droite représentant la moitié gauche du nez droit et ceux de gauche la moitié droite du nez gauche.

Les apophyses orbitaires externes arrivent au contact l'une de l'autre et ne sont séparées que par un cartilage de conjugaison.

Les voûtes orbitaires se trouvent opposées par leur concavité et réunies de façon à former la plus grande partie d'une cavité hémisphérique qui est l'orbite de réception de l'œil tombé pendant le travail. Cet orbite médian a le diamètre d'une pièce de 2 francs, et il est complété en avant par deux lames papyracées de l'ethmoïde parfaitement reconnaissables et accolés par leurs bords inférieurs qui forment une suture antéro-postérieure. En arrière de cette suture, tout

au fond de l'orbite, un orifice assez large ou plutôt un court conduit immédiatement bifurqué : c'est la terminaison d'un double canal optique.

En arrière de la symphyse des apophyses orbitaires externes, on voit, à gauche, une lame osseuse d'aspect fibroïde, et à droite, une plaque osseuse arrondie de la dimension d'une pièce de un franc, qui, par son aspect plus dense et plus éburné diffère des parties osseuses voisines. C'est là qu'était appendue la tumeur pédiculée du vertex. Elle présente de petites saillies contournées, bordées de sillons plus ou moins profonds, de scissures, de pertuis qui échappent un peu à toute description. En avant cependant je dois mentionner un orifice assez large et irrégulier qui s'ouvre directement dans la cavité crânienne. C'est évidemment là la base d'un rocher, ou peut-être de deux rochers fusionnés.

Pariétaux. — En arrière des frontaux se trouvent quatre pariétaux, disposés de façon que les sutures fronto-pariétales soient placées dans un plan vertical et que les grandes fontanelles occupent les deux extrémités du grand diamètre transverse de la tête.

Occipital. — En arrière, une grande écaille de l'occipital, déformée, mais unique ; elle a la forme d'un trapèze à petite base inférieure et dont la grande arrive au niveau de l'extrémité postérieure des sutures sagittales. L'espace triangulaire qui reste à former pour compléter la voûte crânienne est rempli par plusieurs os wormiens assez étroitement unis. La fontanelle postérieure est triangulaire et très marquée à gauche, beaucoup moins à droite.

Les espaces qui séparent les différents os, sutures et fontanelles, sont, pour quelques-uns d'entre eux, un peu plus larges qu'à l'ordinaire. Quant aux os, leur caractère général est une exagération considérable de leurs dimensions, y compris l'épaisseur.

Par contre, les os de la base du crâne, et ceux de la face ont les dimensions qui conviennent à un fœtus de huit mois.

Le trou occipal, unique, est de forme et de dimensions

normales. Il est limité, à la façon ordinaire, par un point antérieur, deux points latéraux et l'écaille en arrière.

Rachis. — Le rachis, absolument simple aussi, porte bien huit mois. Du côté gauche, il est, à la partie supérieure de la région cervicale frappé d'un arrêt de développement qui porte surtout sur la 2e et la 3e vertèbres ; le côté gauche du corps de l'axis n'est pas développé, non plus que l'extrémité antérieure. La 4e cerviale présente simplement un moindre développement de son côté gauche. Il résulte de cet arrêt de développement unilatéral que l'extrémité supérieure du rachis est assez fortement fléchie à gauche, entraînant dans le même sens une inclinaison de la tête fœtale. Il serait plus exact de parler autrement : C'est l'inclinaison forcée qu'a dû prendre dans l'utérus cette tête monstrueuse qui a entraîné la flexion exagérée du rachis cervical et il en est résulté, du côté de la flexion, une compression des arcs cartilagineux des vertèbres qui a dû nuire à l'évolution des points d'ossification.

Intérieur de la boîte crânienne. — Au milieu de la base un point culminant, le bord supérieur de la lame quadrilatère du sphénoïde, sépare deux versants : un postérieur formé par la lame quadrilatère et la gouttière basilaire ; l'autre antérieur, moins incliné, formé d'arrière en avant : 1° par la face supérieure du corps du sphénoïde, déformé et ne présentant aucune apparence de turcique ; 2° la gouttière optique terminée latéralement par les trous optiques ; 3° la face supérieure des petites ailes du sphénoïde fortement abaissées par leurs pointes.

En avant, le cartilage ethmoïdal forme une crête ascendante qui sépare les deux fosses orbitaires inclinées de chaque côté et beaucoup plus étendues transversalement qu'à l'état normal. Au niveau de la conjonction des quatre frontaux, le cartilage ethmoïdal s'interrompt, et l'on aperçoit, à travers une membrane fibreuse qui le continue, le massif osseux de l'appareil nasal rudimentaire du front ; puis le cartilage reprend, se dirigeant d'avant en arrière en suppor-

tant les lames papyracées des ethmoïdes qui forment la partie antérieure et médiane de l'orbite du vertex.

En ce point, une disposition curieuse :

La cavité orbitaire du vertex se manifeste, du côté de l'intérieur du crâne, par une saillie conique qui vient par son sommet et grâce à un cartilage de conjugaison, se fixer sur la partie culminante de la base du crâne. On distingue de haut en bas dans cette saillie les pièces suivantes réunies entre elles par des cartilages de conjugaison :

1° L'accolement des deux voûtes orbitaires et des lames papyracées qui constituent l'orbite; 2° la présence de deux apophyses d'Ingrassias, unies par leurs faces inférieures de telle sorte que les faces supérieures regardent l'une à droite, l'autre à gauche. Sur chacune d'elles une gouttière verticale dont la lèvre postérieure se termine en bas par une apophyse clinoïde mal détachée et dont l'extrémité supérieure devient un canal optique. Ce canal après un court trajet se réunit à celui du côté opposé et s'ouvre par l'orifice commun mentionné plus haut au point le plus déclive de l'orbite du vertex; 3° un nodule osseux, rudiment du corps du sphénoïde, complète ce trait d'union entre la voûte et la base du crâne.

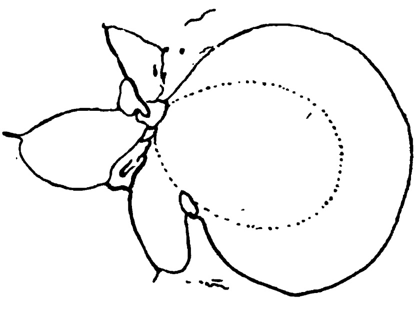


Fig. 5.

Le profil de cette disposition d'ensemble représente, à droite et à gauche, comme un second étage supérieur de base du crâne perpendiculairement placé sur le premier. On voit

très nettement en effet les deux voûtes orbitaires unies en avant l'une à l'autre et s'appuyant chacune d'elles en arrière à une apophyse d'Ingrassias. Chaque apophyse d'Ingrassias s'appuie elle-même à un corps de sphénoïde et l'accolement de ces deux corps de sphénoïde si inégalement développés, clôt en arrière l'échancrure ethmoïdale limitée par toutes ces parties. Cette échancrure est large, dépourvue de toute fermeture cartilagineuse et fait communiquer en avant les cavités crâniennes de chaque côté.

A une faible distance en arrière se trouve une apophyse osseuse en forme de lame triangulaire dont les faces regardent l'une à droite, l'autre à gauche ; elle se détache de la face profonde de la pièce osseuse à laquelle était fixée la tumeur pédiculée du vertex ; son bord postérieur s'incline en avant, ébauchant ainsi un bord postérieur d'étage moyen. Cette lame me paraît en effet former un rocher rudimentaire qui appartiendrait plutôt au crâne droit.

Dure-mère. — De la partie antérieure du cartilage ethmoïdal qui est en même temps le point de réunion des quatre frontaux, part de chaque côté un repli falciforme. C'est une faux du cerveau qui, après avoir longé successivement la suture médio-frontale et la suture sagittale, se divise, au niveau du bord correspondant de l'occipital unique, en deux lames qui sont évidemment des tentes du cervelet. Ces deux lames s'écartent à angle droit, se dirigeant l'une en bas, l'autre en haut. Il y a donc deux faux du cerveau, placées dans un même plan horizontal, et deux tentes du cervelet, placées chacune dans un plan à peu près vertical. Les deux tentes inférieures viennent se fixer en avant sur les bords postérieurs des rochers correspondants, en se prolongeant comme à l'ordinaire jusqu'aux apophyses clinoïdes de la base du crâne. Les deux supérieures traversent diagonalement la paroi postérieure de la boîte crânienne en se portant à la rencontre l'une de l'autre, se réunissent et forment une lame unique et assez épaisse qui rencontre bientôt l'apophyse lamelliforme du vertex, l'enveloppe dans sa totalité en envoyant

dans son épaisseur un à deux prolongements fibreux solides, puis se reconstitue au-devant de celle-ci pour venir se terminer sur le bord postérieur de l'apophyse fronto-sphénoïdale. Au niveau du bord postérieur de l'apophyse temporale un sinus assez important, creusé dans l'épaisseur de la lame fibreuse, me semble être un sinus fibreux superficiel.

Il résulte de cette disposition de la dure-mère qu'il y a, dans ce crâne double, deux loges cérébrales et une seule loge cérébelleuse. La loge cérébelleuse se trouve limitée latéralement par les tentes du cervelet de chaque crâne, de telle sorte qu'en arrière les deux cavités cérébrales ne communiquent entre elles qu'indirectement par l'intermédiaire de la loge cérébelleuse.

Encéphale. — Il eût été bien intéressant de pouvoir examiner les centres nerveux encéphaliques du fœtus. Malheureusement le couteau et le forceps de l'accoucheur avaient produit trop de dégâts et donné issue à une grande partie de la substance cérébrale. Aussi, sauf un hémisphère à peu près complet (hémisphère gauche du crâne gauche) et quelques fragments des autres, n'ai-je eu à ma disposition qu'une véritable grenaille cérébrale. Je crois pouvoir dire cependant qu'il y avait quatre hémisphères cérébraux de dimensions bien inférieures à celle de la cavité destinée à les contenir. Les circonvolutions paraissaient bien marquées et présentaient la physionomie et le groupement normaux. Il ne devait pas y avoir de corps calleux et des replis de la pie-mère et de l'arachnoïde semblaient les seules commissures qui réunissaient ces hémisphères cérébraux réduits à une sorte de coque ventriculaire.

Il n'y avait qu'un cervelet unique couché sur la gouttière basilaire de la base du crâne.

Si l'on s'est donné la peine de me suivre jusqu'au bout dans cette description un peu aride et longue, on doit facilement reconnaître combien le monosomien diffère d'un opodyme.

Chez l'opodyme la duplicité porte sur la face aussi bien que sur le crâne; chez le monstre dont il s'agit ici, elle porte sur

le crâne. Chez l'opodyme le processus multiplicatif a frappé sur la partie antérieure de la tête, chez l'autre il a atteint le vertex. Au lieu de rester unis latéralement comme les deux faces et les deux crânes de l'opodyme, les deux crânes de l'autre ont été obligés, vu l'étroitesse de leur base commune, la face unique, de se renverser en dehors, l'un à droite, l'autre à gauche, et la soudure s'est faite par la moitié interne de leurs bases plus ou moins arrêtées dans leur développement; d'où cette tête en marteau d'une si singulière physionomie.

Un seul trait commun les rapproche : tous les deux présentent une fosse cérébelleuse unique, bien que différemment constituée, et logeant un cervelet simple, et deux cerveaux placés côte à côte chez l'opodyme, et, chez l'autre se regardant par leurs bases.

Il se peut qu'en lisant les observations relativement assez nombreuses de monstres bicéphales publiées jusqu'à ce jour en France et à l'étranger, on trouve la description d'un individu semblable. Les recherches bibliographiques que j'ai dirigées de ce côté sont en effet loin d'être complètes. Aussi est-ce peut-être se presser beaucoup que de risquer ici une nouvelle dénomination. Je serais cependant assez porté à conclure en ces termes :

Les iniodymes, les opodymes, le syndyme de M. Goubaux, me semblent appartenir à une même série de monstres, directement placée au-dessus des attodymes, caractérisée par la duplicité plus ou moins grande de la face et qui mériterait bien l'appellation générique d'*opodyme* (faces jumelles).

Le monosomien que je décris aujourd'hui ne me paraît pas représenter dans cette série un terme plus élevé que le syndyme de M. Goubaux; il me semble bien plutôt devoir être rangé dans une série collatérale placée également au-dessus des attodymes et caractérisés par la duplicité plus ou moins accentuée du crâne. La dénomination générique de *crâniodyme* (crânes jumeaux), suffirait, je crois, à bien caractériser cette série susceptible, comme sa collatérale, de présenter plusieurs termes se rapprochant plus ou moins de la fusion complète.

INVERSION UTÉRINE COMPLÈTE AVEC PROLAPSUS CONSÉCUTIVE A LA DÉLIVRANCE. MÉTRORRHAGIES ABONDANTES METTANT LA VIE DE LA MALADE EN DANGER. RÉDUCTION DE L'UTÉRUS. GUÉRISON

Par le docteur **Maurice Péraire**, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Nous avons observé, un jour de garde à l'hôpital Bichat, pendant notre internat dans le service de notre excellent maître, le professeur F. Terrier, un cas d'inversion utérine complète consécutif à un accouchement.

La rareté de cette affection, la gravité des symptômes que présentait la malade au moment où elle nous fut amenée, et la conduite que nous dûmes tenir en pareil cas, conduite qui fort heureusement fut couronnée de succès, nous engage à publier cette observation :

La nommée G..., Juliette, âgée de 19 ans, couturière, entre le 14 mars 1887 dans le service du docteur F. Terrier à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit 18. Cette malade arrive à 3 heures de l'après-midi portée sur un brancard et dans un état absolument syncopal.

La face grippée a l'aspect péritonéal, les pupilles sont à demi contractées, les téguments et les muqueuses sont d'une blancheur de cire, le pouls est filiforme, les extrémités froides, la respiration lente, et les battements cardiaques à peine perceptibles. La température axillaire prise immédiatement est de 38°.

Comme tout renseignement, on nous remet la lettre suivante écrite par la sage-femme chez laquelle se trouvait, paraît-il, la malade. La voici textuellement :

MONSIEUR,

L'accouchement a été très naturel ; un quart d'heure après le placenta s'avançait dans le vagin. Je procède à la délivrance en disant à la malade de pousser un peu ; c'est alors qu'arriva à la vulve le placenta accompagné de l'utérus *inversé* adhérent au placenta par un cotylédon que je détachai.

Ensuite j'ai essayé de rentrer l'utérus ; mais il reste toujours *inversé*. Il m'est impossible d'assister cette malade, ayant d'autres malades qui m'attendent.

M. M..., sage-femme.

La lecture de cette lettre nous fournit immédiatement l'indication de ce qu'il nous reste à faire pour essayer de sauver la malade.

Sans tarder, nous la faisons coucher dans un lit préalablement bien bassiné, puis pendant qu'on installe aux pieds de la malade et le long de ses cuisses des bouillottes d'eau bien chaudes, notre collègue et ami Denys Courtade se met en devoir de la frictionner énergiquement, et de la tirer de l'abattement dans lequel elle est en lui frappant le visage avec un linge mouillé, en lui faisant respirer de l'oxygène, en lui faradisant les nerfs phréniques, et en lui administrant coup sur coup des injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

Ceci fait, nous examinons la région abdominale et la région vulvaire. La région abdominale est aplatie; on ne sent pas l'utérus par la palpation pratiquée profondément avec les deux mains placées immédiatement au-dessus du pubis. La place normale de l'utérus est remplie par des anses intestinales; toutes sont très mobiles.

En examinant la vulve, nous remarquons pendant hors de celle-ci un gros corps piriforme, ressemblant à une tumeur fibreuse, à grosse extrémité inférieure, à surface tomenteuse, saignante, de consistance assez ferme, et qui nous paraît être l'utérus inversé.

Cette masse présente 15 centim. de longueur de son fond à l'arcade pubienne; elle est aplatie légèrement d'avant en arrière.

Le vagin n'est pas inversé; entre la tumeur et la paroi vaginale existe une gouttière circulaire. Le col est également retourné. La descente de la masse utérine complète ne paraît avoir été limitée que par les ligaments larges qui sont tiraillés en bas.

Nous explorons rapidement la réaction de la muqueuse utérine. A la pression cette muqueuse est douloureuse, il en est de même de la piqûre au moyen d'une épingle stérilisée, piqûre qui ne détermine aucune contraction dans la masse entière de la tumeur.

Mêmes résultats au moyen de l'eau bouillie très chaude.

Ainsi donc, le diagnostic de la sage-femme est confirmé : Nous nous trouvons en présence d'une inversion utérine complète,

menaçant d'emporter la malade par les hémorrhagies qui se sont déjà manifestées et qui continuent à se produire. Nous faisons une désinfection soignée de toutes les régions vulvaire, anale et inguinale au moyen de l'eau chaude, du savon et d'une brosse en crin; nous nettoyons ensuite le tout avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 3000, nous essuyons l'utérus inversé, pendant entre les cuisses avec des compresses stérilisées par l'ébullition et trempées dans la solution de sublimé au demi-millième. Ceci fait, pendant que notre ami le D. Courtade dirige un jet de solution chaude de sublimé à 1/3000 sur l'utérus inversé et dans la gouttière circulaire existant entre celui-ci et la paroi vaginale, nous entourons l'utérus, retourné en doigt de gant, de compresses stérilisées.

Notre main gauche ayant été introduite dans la gouttière vaginale, nous cherchons à remettre en place l'utérus en refoulant son fond avec la main droite. Mais cette manœuvre ne donne absolument rien au point de vue de la réduction de la masse utérine.

Alors, toujours sous un jet de sublimé chaud, nous saisissons l'organe à pleines mains, et nous pratiquons un véritable taxis de celui-ci; puis nous déprimons le fond de l'utérus pour l'engager dans le cylindre cervical et le repousser ainsi jusqu'à réduction complète. Au bout d'une demi-heure, grâce à ces manœuvres, l'utérus peut être replacé dans sa position normale. Quelques débris de membranes et quelques caillots sortent en même temps par le vagin. Nous pratiquons deux injections vaginales chaudes (à 45 degrés) de bichlorure de mercure à 1/3000.

Une fois la réduction faite, il y a un arrêt immédiat de l'hémorrhagie utérine. Un tampon iodoformé et de l'ouate boriquée sont placés à la vulve. Un bandage pelvien postérieur maintient ce pansement en le complétant.

Ceci fait, nous ordonnons une injection vaginale chaude de sublimé à 1/3000 à prendre toutes les deux heures; et, après l'injection, même pansement vulvaire.

La malade est laissée la tête basse, sans oreiller. On lui fait prendre du rhum, du cognac, du jus de viande, et on lui refait deux injections sous-cutanées de caféine. Dans la soirée, elle se sent mieux, peut répondre à nos questions, et nous met au courant, en quelques mots, de ses antécédents :

Réglée à 14 ans facilement et sans douleurs, elle a eu, un an

après l'établissement de la menstruation, de l'aménorrhée pendant cinq mois.

Mariée à 17 ans, elle a eu un premier accouchement normal à 18 ans. L'enfant était bien portant et à terme. Les suites de couches furent normales.

Son second accouchement, celui qui a déterminé les accidents pour lesquels elle a été envoyée à l'hôpital, avait eu lieu le 14 mars à dix heures du matin. L'enfant était aussi bien portant et à terme. Mais des hémorrhagies utérines très abondantes avaient eu lieu tout de suite après la délivrance.

Ainsi donc notre intervention à été pratiquée cinq heures après l'accouchement de la malade. Nous pensons qu'un retard quelconque eut été sans doute fatal à celle-ci.

Depuis ce jour, les métrorrhagies ne se sont plus reproduites.

La malade s'est remontée petit à petit ; la température qui était de 38° au moment de son entrée, est tombée le soir même à 37,8, a oscillé les jours suivants autour de 37°. Il n'y a pas eu de frissons, pas de douleurs abdominales, pas de récidive de l'inversion.

Le 3 avril, la malade se lève pour la première fois. Mais ses jambes fléchissent ; elle a des vertiges et elle ne peut pas rester debout plus d'un quart d'heure.

Le même traitement tonique énergique est continué ; mais malgré cela elle conserve un état de faiblesse très considérable. Le 5 avril, elle demande à partir pour le Vésinet. On a la précaution de lui mettre avant son départ une ceinture hypogastrique.

Le 26 avril, nous revoyons la malade. Elle prétend ressentir une amélioration très grande, ses pommettes se sont légèrement colorées ; mais la faiblesse persiste.

Il existe un souffle à la base du cœur et au premier temps, et un bruit de diable dans les vaisseaux du cou.

La malade a des palpitations fréquentes lorsqu'elle gravit un escalier, ou qu'elle se fatigue un peu. Elle tousse depuis qu'elle est sortie de l'hôpital ; mais l'auscultation pulmonaire ne nous révèle rien d'anormal.

Elle a de l'appétit et ses digestions se font sans difficulté.

Le toucher vaginal nous fait constater que l'utérus est complètement revenu à son état normal. Rien dans les culs-de-sac. Au speculum le col présente une déchirure légère au niveau de sa lèvre antérieure. La malade a un peu de leucorrhée.

Au mois d'août, nous revoyons la malade : elle a engraissé ; elle n'a plus de leucorrhée depuis deux mois, et l'état de son utérus est parfait. Elle peut vaquer à ses occupations sans éprouver aucun malaise.

Nous n'avons pas l'intention à propos du cas dont nous venons de relater l'observation, de faire l'histoire complète de l'inversion utérine consécutive à l'accouchement. Nous renvoyons à l'ouvrage de Denucé où cette question est complètement traitée (1).

Mais il est un certain nombre de points sur lesquels nous voulons attirer l'attention :

C'est d'abord la rareté de cette complication de l'accouchement.

Cross cité par Denucé, aurait fourni des chiffres statistiques très intéressants sur la fréquence relative de l'inversion à la suite de l'accouchement. Suivant cet auteur, l'inversion se présenterait une fois sur 140,000 accouchements (2). D'après d'autres auteurs et en particulier d'après Beigel, cité par Pozzi, il faudrait admettre qu'elle se rencontre 1 fois sur 190,000 accouchements (3).

C'est ensuite la variété d'inversion utérine à laquelle nous avons eu affaire. Il s'agissait dans notre cas d'une *inversion complète primitive avec prolapsus*.

Nous savons en effet que cette affection a été divisée en primitive (se produisant au moment de l'accouchement) et secondaire ou tardive.

Lorsqu'elle dépasse la puerpéralité, elle est appelée chronique, que son origine ait été immédiate ou secondaire. Nous n'avons pas à nous en occuper ici.

(1) P. DENUCÉ (de Bordeaux). *Traité clinique de l'inversion utérine*, Paris, 1883, p. 124 et s.

(2) CROSS. An essay litterary and practical of inversion uteri. *Transactions of the provincial med. and surg. association*, vol. XIII, London, 1844, et vol. XV, London, 1847.

(3) S. POZZI. *Traité de gynécologie*, Paris 1893, p. 558.

Dans l'inversion incomplète, le corps de l'utérus est seul retourné ; le pédicule rétréci du corps retourné est enserré à travers un anneau assez dur et quelque peu rétracté, appartenant au col de l'utérus. Dans l'inversion complète, il n'existe plus de rebord dû à la saillie cervicale.

« Mais la seule division utile en clinique est celle de l'*inversion simple et de l'inversion avec prolapsus* » (1).

Ce qu'il nous intéressait aussi de savoir, c'était la cause efficiente de ce renversement de l'utérus.

Or, au nombre de ces causes, on admet généralement l'inertie de la matrice, les adhérences anormales du placenta ou son insertion au fond de l'utérus, la briéveté du cordon, les tractions intempestives opérées sur celui-ci, l'accouchement dans la station debout, et les pressions exercées de haut en bas sur l'utérus.

Dans le cas qui nous est personnel, nous n'avons eu que des renseignements imparfaits sur la façon exacte dont la malade avait été délivrée ; et, si nous ajoutons foi à la lettre de la sage-femme, l'inversion se serait produite tout naturellement, d'une façon spontanée, sans aucune manœuvre particulière. Le fait est d'autant plus probable qu'on a cité des cas où l'inversion utérine aurait été effectuée de cette façon. On ne peut alors incriminer qu'un effort exagéré des parois abdominales dans un cas d'inertie utérine ; et il n'est permis en aucune façon de jeter la pierre à la personne chargée de délivrer la parturiente.

Lorsque nous nous sommes trouvé en présence de ce cas particulier, nous nous sommes demandé avec quoi l'on pouvait confondre cette inversion utérine. Ce à quoi nous avons songé immédiatement, c'est au polype : En effet, la masse formée par le globe utérin ressemble à première vue à s'y méprendre à ce genre de tumeur ; mais si l'on palpe l'abdomen au moyen des deux mains, on se rend compte que l'utérus n'est plus derrière le pubis, qu'il est remplacé par

(1) POZZI. *Loc. cit.*, p. 557.

des anses intestinales mobiles; si à la palpation hypogastrique on joint le toucher rectal et le cathétérisme de la vessie tous les doutes doivent être levés.

Pour plus de certitude, on se basera aussi sur la présence d'un bourrelet circulaire en forme de rigole autour de la tumeur; en arrière de ce bourrelet la sonde sera arrêtée.

Par un examen superficiel,on a pu croire dans certains cas que l'on avait affaire à un 2e fœtus, à un reste de placenta; mais ces confusions doivent être vite dissipées si l'on observe attentivement la malade.

La gravité extrême de l'inversion utérine,gravité résultant des métrorrhagies produites, du choc peritonéal, et aussi d'accidents septiques par thrombose des sinus dans les cas où la réduction n'a pu être pratiquée, oblige le chirurgien à agir rapidement.

Il ne faut guère compter sur les cas heureux où l'on a vu la guérison s'effectuer spontanément (1).

Il ne faut pas non plus se croiser les bras et attendre que l'inversion utérine veuille bien se terminer par sphacèle de l'organe dans un temps plus ou moins long, au risque d'exposer la malade à de nouvelles hémorrhagies et consécutivement peut-être à l'infection purulente.

Il faut être décidé de suite sur le genre d'intervention que l'on aura choisi.

Mais quel que soit le *modus faciendi* auquel on aura donné la préférence pour traiter l'inversion utérine, on devra avant tout agir *aseptiquement*, et n'user de la méthode antiseptique que d'une façon modérée.

On devra, en effet, se souvenir que cette dernière méthode de désinfection chimique offre des dangers; et que l'absorption d'une substance antiseptique pourrait être d'autant plus vite suivie d'accidents que la malade est plus faible et se trouve dans de plus mauvaises conditions pour résister.

On devra donc n'employer les solutions de biiodure ou de

(1) SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd X, p. 350, et 1873, Bd V, p. 118.

bichlorure de mercure comme lavages et irrigations qu'à la dose de 1 pour 3000. L'iodoforme et l'acide phénique devront être exclus, à moins d'être employés uniquement comme pansement extérieur, l'iodoforme sur de l'ouate stérilisée sous forme de tampon vulvaire, et l'acide phénique en lavages pratiqués dans les plis vulvaires, inguinaux et fessiers.

Le chirurgien doit de plus agir avec promptitude. En effet, le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué plus vite, et l'utérus se réduira d'autant plus facilement que l'inversion sera plus récente.

Les manœuvres de taxis doivent consister à faire repasser de bas en haut la masse utérine à travers l'anneau cervical par des pressions d'abord très douces.

On doit frotter légèrement, effleurer avec la paume de la main droite l'organe inversé tenu de la main gauche. Au fur et à mesure que la malade se sera habituée à cette manœuvre, la région deviendra moins sensible, et les pressions pourront êtres plus fortes, plus énergiques.

Mais il est bon de dire que ces manœuvres doivent être pratiquées, ainsi que nous l'avons fait, à travers une compresse stérilisée par l'ébullition ou l'autoclave, après avoir garni le lit sur lequel la masse utérine est placée, et les régions voisines de compresses stérilisées par le même procédé.

Il faudra chercher par ce massage, ce pétrissage en quelque sorte de l'utérus inversé, à faire diminuer de volume cet organe, afin que le chemin qu'il aura à parcourir lui soit d'une exécution facile.

Si on se bornait à limiter ces pressions uniquement sur le fond de l'utérus, on produirait une dépression telle qu'au niveau du col, l'utérus présenterait une épaisseur trop grande pour repasser à travers le canal cervical.

Nous devons ajouter que dans le cas qui nous occupe, nous comptions peu sur la réussite des manœuvres de taxis, eu égard au volume de l'organe, et à la lenteur du procédé massothérapique employé (une demi-heure en tout).

Aussi, pensant recourir à l'amputation de la masse utérine et à la suture des surfaces péritonéales, après ligature élastique de l'utérus, suivant le procédé de Kaltenbach (1), nous avions fait préparer tout le matériel nécessaire pour cette intervention opératoire.

DE L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU PIED DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ, MODE DES FESSES

(Suite) (1).

Par le Dr **J. Potocki.**
Ancien chef de clinique obstétricale.

II. — Manuel opératoire de l'abaissement du pied.

Qu'il soit prophylactique ou curatif, l'abaissement du pied par la manœuvre que préconise M. Pinard, comprend les quatre temps suivants :

1° Introduction et placement de la main ;

2° Abduction artificielle de la cuisse ;

3° Recherche et saisie du pied ;

4° Abaissement du pied et déflexion du membre inférieur.

Cela fait, on procède à l'extraction ou on abandonne à la nature l'expulsion du fœtus.

Toutes ces manœuvres doivent être exécutées dans l'intervalle des contractions utérines ; seule, l'extraction du fœtus coïncidera, autant que possible, avec les contractions de l'utérus et les efforts de la femme. A ce point de vue, il y a donc une certaine analogie entre l'abaissement du pied dans le mode des fesses et la version pelvienne.

Supposons, pour fixer les idées, qu'il s'agisse d'une présentation du siège décomplété mode des fesses, en posi-

---

(1) Hegar et Kaltenbach. *Die oper. Gynäk.*, 3e édit., 1886, p. 575.

(2) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1893, p. 24.

tion S. I. G. A. Les membres inférieurs, appliqués au-devant de l'abdomen et du thorax du fœtus, regardent en arrière et



Fig. 1. — Mode des fesses, position gauche. La main gauche est enfoncée jusqu'au creux du jarret sur lequel l'index va agir pour produire l'abduction de la cuisse gauche.

à droite. Le bon pied est le pied gauche ou pied antérieur; c'est lui qu'il faut abaisser. Pour cela, nous nous servirons

de la main qui, dans l'attitude naturelle, c'est-à-dire intermédiaire à la pronation et à la supination, a la paume tour-



FIG. 2. — Mode des fesses, position droite. On a introduit la main droite dont l'action va se porter sur la cuisse antérieure.

née vers le plan ventral du fœtus, de la main gauche ici, par conséquent (fig. 1). Si le fœtus se présente en position droite, on introduira au contraire la main droite (fig. 2).

Dans la présentation du siège mode des fesses, il arrive souvent que, par suite d'une anomalie dans le mouvement de rotation, la position devienne sacro-pubienne ou sacro-sacrée. Dans ce cas, il n'y a ni pied antérieur, ni pied postérieur, et on pourra employer indifféremment l'une ou l'autre main. Aussi choisira-t-on la main la plus habile, quitte à faire tourner le fœtus dans le sens voulu pour que le pied abaissé soit le pied antérieur. Si cependant l'accoucheur connaissait la position primitive du siège, au moment de l'engagement, il introduirait de préférence la main correspondante, c'est-à-dire la main gauche s'il s'agissait d'une position gauche, la main droite s'il s'agissait d'une position droite, car la rotation du fœtus se fera plus facilement dans le sens de l'orientation première.

1er TEMPS. — La femme étant placée au bord du lit dans la posture obstétricale, les jambes maintenues par deux aides, nous introduisons la main gauche *tout entière* dans le vagin et nous la poussons jusque dans l'utérus. La main doit être introduite tout entière, la réussite de l'opération en dépend ; avec deux doigts ou même quatre doigts, on échouerait le plus souvent (fig. 1).

Nous glissons la main le long des cuisses du fœtus, jusqu'à ce que nous atteignions, avec l'extrémité de l'index et du médius, le creux du jarret gauche. A ce moment, nous nous arrêtons, car il est inutile de remonter plus haut : mais il faut que la main arrive jusque-là ; c'est, en effet, au niveau du creux poplité qu'il sera nécessaire d'appuyer du bout des doigts pour produire l'abduction de la cuisse.

L'index et le médius sont donc appliqués tout le long de la face postérieure, empiétant un peu sur la face interne de la cuisse ; l'annulaire descend plus bas vers le pli de l'aine, le petit doigt s'appuie sur le pubis ; quant au pouce, il se place de lui-même derrière la racine de la cuisse ou sur l'os iliaque, quelquefois jusque sur le sacrum.

Il s'agit maintenant de faire descendre le pied de l'enfant. Voici comment on y parvient.

2e TEMPS. — On appuie plus ou moins fortement avec l'index et le médius sur le creux du jarret qu'on repousse ainsi en arrière et en dehors par rapport au fœtus (fig. 1). Ce déplacement exagère la flexion de la cuisse qui est portée en abduction; le genou s'écarte de la ligne médiane et se porte vers le flanc du fœtus. Quant à la jambe, il est de toute évi-

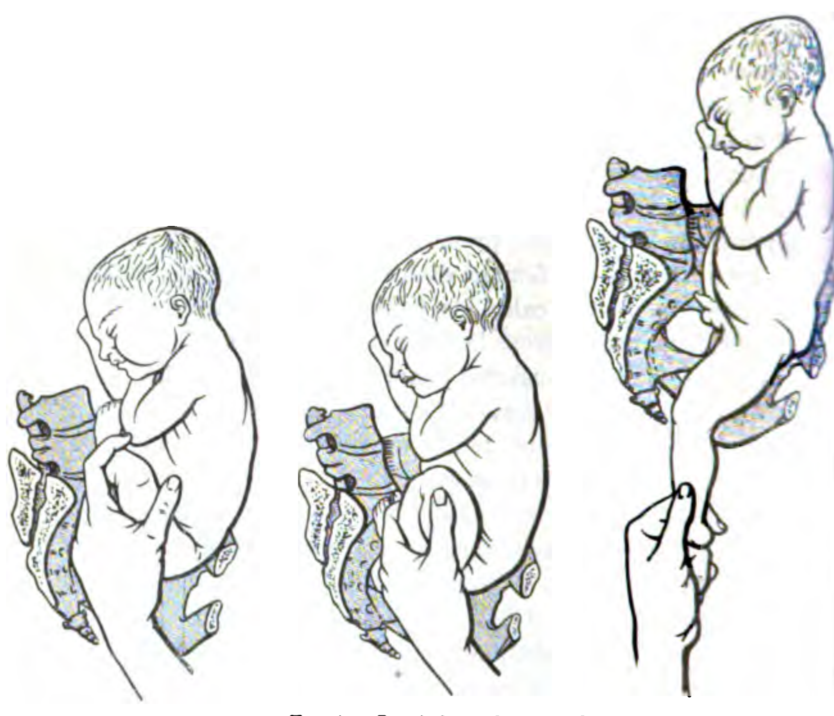


FIG. 3. — La cuisse gauche étant écartée du tronc, l'index accroche le cou-de-pied pour l'abaisser.

FIG. 4. — Le pied gauche s'engage dans l'excavation.

FIG. 5. — Le pied antérieur est amené à la vulve.

dence qu'elle doit, elle aussi, changer d'attitude; car l'exagération de la flexion et l'abduction de la cuisse produisent le raccourcissement des muscles ischio-jambiers et, secondairement, la flexion de la jambe. Du reste, il serait impossible que la jambe restât étendue sur la cuisse, car pour participer au

mouvement d'abduction de cette dernière, elle s'écarterait du tronc de l'enfant contre lequel elle serait ramenée par l'utérus.

Donc, la jambe se fléchit, et sa flexion se prononce d'autant plus, que le genou est plus écarté de la ligne médiane.

3ᵉ et 4ᵉ TEMPS. — La jambe s'abaisse, en entraînant avec elle le pied dont le talon vient buter contre la face dorsale des doigts de l'accoucheur. Dès lors, il est très facile d'accrocher le cou-de-pied avec l'index et le médius (fig. 3), de l'abaisser un peu, puis de le saisir solidement pour amener le pied à la vulve (fig. 4 et 5). Nous disposons désormais d'un tracteur solide et commode pour extraire le fœtus.

Les figures ci-jointes, que je dois à mon ami Varnier feront mieux que toute description comprendre la façon d'exécuter la manœuvre.

Je vais examiner maintenant les difficultés et lès particularités de l'opération dans les deux conditions suivantes :

A. — Le siège n'est pas engagé ;

B. — Le siège est engagé et ne peut être ramené au détroit supérieur.

A. — Difficultés et particularités de l'abaissement du pied quand le siège n'est pas engagé.

Je comprendrai par siège non engagé, celui qui était au détroit supérieur quand on a commencé la manœuvre, et celui qui a pu y être ramené avec la main. C'est qu'en effet, si l'utérus n'est pas rétracté, si le siège est peu descendu, s'il est mobilisable, il y a tout avantage à le repousser au détroit supérieur, parce que l'abaissement du pied est plus facile dans ces conditions. Mais, si les fesses étaient très engagées et l'utérus rétracté, il ne faudrait pas chercher à remonter quand même le siège du fœtus au-dessus de l'excavation, car l'effort qu'on serait obligé d'exercer exposerait à rompre l'utérus.

Les difficultés varient avec les différents temps de l'opération.

Difficultés du 1er temps. — 1° *Sensibilité exagérée de la femme.* — On se trouve quelquefois en présence de femmes pour lesquelles la perspective d'une opération est l'occasion de cris, d'agitation ; toutefois elles se calment assez vite, si on leur parle avec autorité et si on leur fait comprendre l'utilité de l'intervention ; si on ne réussissait pas, on aurait recours à l'anesthésie, que les femmes accueillent généralement, avec plaisir. Sous la résolution chloroformique l'opération est plus facile à exécuter ; mais, dès que le pied sera abaissé, on suspendra les inhalations de chloroforme, pour que la femme, maintenant réveillée, puisse faire des efforts d'expulsion volontaires et seconder l'accoucheur pendant ses tractions.

En général, cependant, on peut se passer de chloroforme, car l'opération est rapide et n'est pas très douloureuse. Sur les 36 abaissements du pied, dont je rapporte plus loin les observations, on n'a donné que quatre fois du chloroforme ; et deux fois seulement l'anesthésie a été nécessitée par l'agitation de la parturiente.

2° *Parties génitales trop étroites.* — Si les parties génitales sont trop étroites, on éprouve de la difficulté à introduire la main ; mais il ne faudrait pas se laisser aller à entreprendre la manœuvre avec deux doigts seulement, car on irait au devant d'un échec presque certain. L'important, pour réussir, c'est d'introduire la main tout entière dans le vagin ; et, c'est pour n'avoir pas cru que cela fût nécessaire que certains accoucheurs ont échoué dans leurs tentatives.

On dilatera peu à peu la vulve trop étroite ou trop résistante, en y insinuant doucement les doigts réunis en cône, et en les enfonçant peu à peu en même temps qu'on leur imprime des mouvements de rotation.

Il faut reconnaître que la difficulté qui nous occupe est d'ordinaire facilement vaincue. Aussi n'aurais-je pas attiré l'attention sur elle s'il ne s'y rattachait la solution d'une question importante : Dans les cas d'étroitesse de l'orifice vulvaire et de résistance du plancher périnéal, faut-il, avant

d'abaisser le pied, dilater préalablement la vulve, pour rendre plus facile et plus rapide l'extraction ultérieure du fœtus?

Remarquons tout d'abord que l'abaissement du pied, qu'il soit prophylactique ou curatif, ayant pour but de faciliter l'accouchement, donnera au fœtus le maximum de chances de survie. Par conséquent, tout ce qui est capable de diminuer les dangers de l'expulsion ou de l'extraction de cet enfant, — sans préjudice pour la mère, bien entendu, — tout cela pourrait et même devrait être employé.

Or, la résistance du plancher périnéal et de l'anneau vulvaire, surtout fréquente chez les primipares âgées, crée quelquefois un obstacle que le tronc, les épaules, et surtout la tête, éprouvent de la peine à franchir; pendant la durée parfois longue de leur dégagement, le cordon est comprimé, la circulation y est interrompue, le fœtus asphyxie et meurt. C'est pourquoi nombre d'enfants ont payé de leur vie les difficultés de leur passage au détroit inférieur et à la vulve. Je lis, du reste, dans les observations XII, XXIII, XXVI et XXIX, que le dégagement du tronc et de la tête ont été pénibles ; aussi s'en est-il fallu de peu que ces enfants, extraits en état de mort apparente, n'aient succombé. Il y aurait donc grand avantage à dilater la vulve avant le passage du fœtus, sans qu'il serve lui-même d'agent dilatateur, comme cela a lieu dans les cas ordinaires.

Aujourd'hui, cette dilatation mécanique peut être obtenue très facilement et sans aucun danger, à l'aide du ballon incompressible de M. Champetier de Ribes, ballon qui a été imaginé pour l'accouchement prématuré artificiel et qui peut acquérir le volume d'une tête de fœtus à terme. On introduit ce ballon, non pas dans l'utérus bien entendu, mais dans le vagin, et on le dilate au maximum en y injectant de l'eau phéniquée. Sa seule présence provoque des contractions énergiques qui tendent à l'expulser ; mais on peut hâter cette expulsion en exerçant sur le tube du ballon des tractions soutenues; le ballon descend peu à peu, distend le plancher périnéal, sans le déchirer, entr'ouvre la vulve et sort finale-

ment en laissant derrière lui une dilatation complète. La vulve est alors, pour l'enfant qui sortira quelques instants plus tard, dans les conditions où elle se trouverait pour un second enfant dans un accouchement gémellaire, c'est-à-dire que la résistance des parties molles étant vaincue, celles-ci n'opposent plus d'obstacle au passage du fœtus.

D'ailleurs, on réalise très souvent la dilatation préfœtale dans l'accouchement provoqué à l'aide du ballon de M. Champetier de Ribes. Dans ce dernier cas, en effet, quand les contractions utérines ont expulsé le ballon de l'utérus, on pourrait fort bien vider ce ballon pour le retirer, puisque l'orifice utérin est complètement dilaté ; mais on préfère attendre : alors le ballon, encore gonflé, dilate mécaniquement le vagin et la vulve, ce dont on retire de grands bénéfices pour l'extraction ultérieure du fœtus.

Rien ne serait plus utile que d'utiliser cette méthode, d'imiter cette conduite avant de procéder à l'abaissement du pied dans la présentation du siège, mode des fesses; mais il va de soi qu'on ne le ferait que dans les cas de rigidité exceptionnelle du plancher périnéal, et d'étroitesse exagérée de la vulve et du vagin. On s'y déciderait volontiers encore si on reconnaissait que le fœtus est très volumineux.

3° *Orifice utérin incomplètement dilaté.* — Lorsque l'orifice utérin est incomplètement dilaté, il est difficile, souvent même impossible, de pénétrer avec la main dans l'utérus ; cela est fort heureux, car on ne doit jamais, à notre avis, procéder à l'abaissement du pied dans ces conditions. La dilatation incomplète de l'orifice utérin est donc moins une difficulté qu'une contre-indication de l'opération.

Qu'arriverait-il, en effet, si on abaissait le pied quand même ? Je trouve la réponse à cette question dans l'observation XXXVI rapportée plus loin. On a abaissé le pied alors que la dilatatien n'était pas plus grande que la paume de la main, et voici que le cordon a été entraîné dans le vagin. Le malheur a voulu que la rétropulsion de ce cordon fût impossible; et, comme il ne pouvait être question, la dilata-

tion étant incomplète, d'extraire le fœtus immédiatement, on s'est vu contraint de laisser les choses en l'état ; le fœtus a succombé à la compression du cordon, et deux heures plus tard il a été expulsé mort. Dans ce cas particulier, l'abaissement prophylactique du pied a donc déterminé un accident qui a été fatal pour le fœtus, parce qu'on n'a pu y porter remède, faute d'une dilatation suffisante de l'orifice utérin ; tandis que si la dilatation avait été complète, il eut été possible de procéder de suite à l'extraction du fœtus et on aurait été, par conséquent, dans de bonnes conditions pour l'avoir vivant.

Ce n'est pas tout ; en supposant même qu'il ne se produise pas de procidence, on s'expose, en abaissant le pied au début du travail, à ce que le cordon, plus ou moins repoussé pendant des manœuvres faites dans son voisinage, se déplace et soit comprimé (1), en suite de quoi l'enfant souffre et succombe sans qu'on puisse lui porter secours.

Voudrait-on cependant, malgré l'insuffisance de la dilatation de l'orifice, procéder à l'extraction, dans l'espoir que cet orifice cédera suffisamment par laisser passer le fœtus ? on rencontrerait les plus grandes difficultés. A la rigueur, le tronc et les épaules passeront, mais le col de l'utérus se resserrera sur le cou du fœtus et il sera impossible d'extraire la tête à ce moment sans risquer de déchirer l'utérus. Il convient donc de ne jamais procéder à l'abaissement prophylactique du pied avant la dilatation complète.

Toutefois, on serait exceptionnellement autorisé à intervenir pendant la période de dilatation, s'il existait une complication du travail nécessitant, dans l'intérêt de l'enfant ou de la mère, la terminaison rapide de l'accouchement ; mais alors on se gardera bien de commencer par abaisser le pied, car la première chose à faire, c'est de dilater artificiellement l'orifice utérin avec le ballon de M. Champetier de Ribes.

(1) KÜSTNER. De l'accouchement dans la présentation du siège. *Muller's Handbuch*, 1889, t. II, 2e partie, p. 746.

On introduira donc le ballon dans l'utérus, on le gonflera au maximum, et quand il sera expulsé, la porte étant largement ouverte, on abaissera le pied antérieur, et on procédera sans retard à l'extraction du fœtus; mais je n'insiste pas, car l'indication n'est pas fournie à proprement parler par la présentation du siège mode des fesses.

Dans l'observation XVIII, nous trouvons un exemple de ce mode d'intervention. Il s'agissait d'un gros fœtus se présentant par le siège, mode des fesses, et le cordon était prolabé au-dessous de la région fœtale : on introduisit un ballon de M. Champetier dans l'utérus, et, dès que le ballon fut expulsé, on abaissa un pied et on put extraire facilement un enfant vivant.

4° *Rétraction et contractions de l'utérus.* — La rétraction de l'utérus peut rendre, on le comprend, l'introduction de la main difficile; cette rétraction se voit principalement quand les eaux sont écoulées depuis longtemps, que le travail traîne en longueur, ou encore à la suite de l'administration d'ergot de seigle. Dans ce cas, il faut recourir à l'anesthésie et on peut espérer qu'au moment où la résolution complète sera obtenue, l'utérus se relâchera un peu. Du reste, si l'on avait la certitude de la mort du fœtus, il n'y aurait pas lieu de recourir à l'abaissement du pied, et de préférence, on appliquerait le basiotribe sur le siège afin d'extraire le fœtus, qui n'est plus alors qu'un corps étranger, avec le minimum de risques pour la mère.

Des contractions utérines subintrantes s'observent quelquefois quand on introduit la main dans l'utérus ; la femme fait aussi à ce moment des efforts involontaires ; mais on ne renoncera pas pour cela à poursuivre l'opération, car avec de la persévérance on parviendra toujours à la mener à bien. Si l'introduction de la main était par trop difficile, on aurait recours à l'anesthésie.

Difficultés du 2e temps. — 1° *Mobilité trop grande du fœtus.* — Ordinairement le tronc du fœtus reste immobile pendant qu'on exécute la manœuvre d'abduction sur la cuisse anté-

rieure ; mais il n'en est pas toujours de même, et quelquefois le fœtus tourne sur son axe longitudinal, fuyant pour ainsi dire la main, de sorte que la cuisse garde avec le tronc du fœtus des rapports invariables et que la manœuvre ne réussit pas. En outre, le fœtus en tournant, change de position : la cuisse qui était antérieure devient postérieure et la main est dans une mauvaise direction pour agir. C'est une petite difficulté, qu'on arrive à vaincre en fixant le bassin du fœtus avec le pouce placé en arrière de lui, ou encore en agissant sur la cuisse qu'on veut mobiliser, à la fois avec l'index et le médius placés, comme je l'ai dit, à sa face interne, et avec le pouce agissant sur sa face externe. Avec de la patience, on arrive donc toujours à déplacer la cuisse du fœtus. On pourrait du reste fixer le fœtus à l'aide de la main appliquée sur la paroi abdominale.

2° *Utérus rétracté sur le fœtus* — Quand le siège n'est pas engagé et que l'utérus est mou, la cuisse se met facilement en flexion et en abduction forcée ; mais la manœuvre réussit moins aisément quand les eaux sont écoulées depuis longtemps et que l'utérus est rétracté sur le fœtus.

L'anesthésie est alors utile, grâce à elle l'utérus se relâche un peu et la cuisse se laisse mobiliser. D'ailleurs, la rétraction de l'utérus, ayant déjà été signalée à propos des difficultés du premier temps, je n'insisterai pas davantage.

3° *Présentation du siège mode des fesses primitive.* — Qu'il s'agisse d'une présentation du siège mode des fesses, primitive ou secondaire, la manœuvre est très facile. En effet, 13 fois sur nos 36 observations, il s'agissait de variété primitive des fesses, et dans ces 13 cas l'abaissement du pied a pu être exécuté. Incontestablement, la proportion des variétés primitives des fesses a été plus grande que ne l'indiquent les chiffres précédents, mais je ne fais entrer en ligne de compte ici que les variétés primitives pour lesquelles le diagnostic avait pu être porté pendant la grossesse. Toutefois, il est exact que s'il s'agit d'une variété des fesses secondaire, dans laquelle la jambe est plus ou moins fléchie, le pied

s'abaissera plus facilement et l'opération sera encore plus aisée.

4° *Impossibilité d'abaisser le pied antérieur.* — J'ai dit qu'il fallait toujours agir sur la cuisse antérieure puisqu'on abaisse ainsi le bon pied, et je montrerai tout à l'heure qu'on peut faciliter, par des manœuvres externes, l'abaissement de ce pied, tangible à travers la paroi abdominale, ce qui ne pourrait avoir lieu pour le pied postérieur. Il faut remarquer, en outre, que la cuisse antérieure est plus facilement mobilisable, parce qu'en avant elle ne rencontre pas d'obstacle osseux. Si toutefois, faute d'habitude, on n'arrivait pas à exécuter la manœuvre sur la cuisse antérieure, on devrait l'essayer sur la cuisse postérieure et on pourrait réussir, comme cela est arrivé dans l'obervation VI. On agirait alors évidemment avec la main déjà introduite dans les organes génitaux et dont on se contenterait de tourner la paume en arrière.

Dans certains cas où le fœtus est particulièrement mobile, on peut même, comme cela nous est arrivé, ne réussir la manœuvre que quand la cuisse antérieure, par suite de la rotation du fœtus sur son axe, a été transformée en cuisse postérieure. Si on a abaissé le pied postérieur, on fera immédiatement évoluer le fœtus pour tranformer ce pied en bon pied.

Difficultés du 2e temps. — *Le pied ne descend pas.* — Il peut arriver que la jambe se fléchisse insuffisamment sur la cuisse, et que le pied ne s'abaisse pas assez pour devenir accessible. Cela tient surtout à la rétraction de l'utérus qui, appliquant exactement la jambe sur le thorax et la tête du fœtus, immobilise cette jambe et s'oppose à sa descente; cela peut résulter encore d'une tension excessive des extenseurs de la jambe. Dans ce cas que faut-il faire ?

On peut avoir recours à plusieurs procédés qui, au besoin, seront employés successivement.

1er *procédé.* — Les dernières phalanges de l'index et du médius qui sont appliquées dans le creux poplité appuient

fortement sur la saillie des tendons des muscles fléchisseurs de la jambe. Cette pression a pour but de raccourcir ces muscles fléchisseurs et, par conséquent, d'exagérer la flexion de la jambe sur la cuisse.

2e *procédé*. — On enfonce la main un peu plus loin dans la profondeur, et, tout en maintenant la cuisse dans l'abduction, on essaie avec le bout de l'index ou du médius, de contourner le genou et d'accrocher la jambe; cela fait, en appuyant sur elle, on parvient à la fléchir peu à peu et le pied s'abaisse et devient accessible (fig. 6).

3e *procédé*. — Dans deux cas (observations VIII et XVI), où ni l'un ni l'autre de ces procédés ne m'avaient permis de fléchir la jambe, j'y suis parvenu de la façon suivante : Avec



FIG. 6. — Manière de faciliter l'abaissement du pied en appuyant sur la jambe, quand celle-ci se fléchit insuffisamment.

la main libre, placée sur l'abdomen de la femme, j'ai cherché à sentir la jambe et le pied qui devaient être abaissés; je les ai trouvés facilement et rien n'a été plus simple que d'agir sur eux, à travers la paroi abdominale et la paroi utérine, pour les faire descendre et les amener jusqu'à la

rencontre des doigts qui n'avaient pu les saisir. Il s'agit donc là d'une manœuvre mixte.

Une fois j'ai eu quelque peine également à mobiliser la jambe (obs. XV), car le genou était retenu par un anneau de contraction, mais les manœuvres extérieures ont également réussi dans ce cas à faire descendre le pied que la main a pu accrocher et abaisser à la vulve.

Difficultés du 4e temps. — Le pied, saisi solidement au niveau du cou-de-pied, est, en général, abaissé sans difficulté jusque dans le vagin et amené à la vulve. Mais la rétraction totale de l'utérus ou la présence d'un anneau de contraction peuvent opposer quelque obstacle à l'abaissement de ce pied ; il suffit de procéder avec douceur et d'exercer des tractions soutenues et non saccadées pour entraîner le pied et la jambe. Si le pied glisse, on en est quitte pour le saisir à nouveau, ce qui ne présente aucune difficulté, car le pied ne remonte pas. En somme, on se trouve ici aux prises avec des difficultés analogues à celles qu'on rencontre dans la version.

(A suivre.)

CELLULITE ET MYO-CELLULITE LOCALISÉE DOULOUREUSE

DESCRIPTION D'UNE AFFECTION ABDOMINO-PELVIENNE COMMUNE ET PEU CONNUE

Par le Dr **Stapfer** (1).

DIAGNOSTIC PATHOGNOMONIQUE. — A. *Cellulite sous-cutanée.* — Ce que je vais dire concerne la cellulite abdominale. Pour la reconnaître, faites un pli à la peau des diverses régions du ventre, en la saisissant entre le pouce et les quatre doigts. Le procédé est connu de tous les cliniciens et employé couramment pour savoir si les douleurs dont se plaint une femme sont superficielles ou profondes; pour

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1893, p. 13.

reconnaître les névralgies de Beau et Valleix qui, je le rappelle, sont suivant ma conception, des cellulites.

Voyez quel est le degré de sensibilité et si la peau a conservé ou perdu son élasticité, mais elle ne la perd pas toujours (obs. I). Explorez avec soin le tissu cellulaire sous-cutané et cherchez-y les granulations dures, ou les tuméfactions lobaires, pâteuses, que j'ai décrites. Si vous les rencontrez, et si la femme se plaint au moment où vous les pressez doucement entre les doigts, vous avez affaire à de la cellulite. Le diagnostic de cette affection est donc assez facile, lorsqu'on connaît ses signes pathognomoniques, *dont le plus constant est la douleur*, surtout à un premier examen (voir obs. I). L'œdème n'est pas toujours net au début. Il s'accuse après quelques séances de massage. Si vos doigts sont peu exercés, comparez les régions où la peau est indemne avec celles que vous croyez atteintes.

B. — Cellulite intra-pelvienne. — 1° *Cellulite de la face postérieure de l'utérus.* — Explorez par le rectum dans la station debout et dans le décubitus dorsal ; passez légèrement l'index sur la face postérieure et sur le fonds, vous la sentirez localisée ou diffuse sous forme de gonflements et de crêtes. **Ne confondez pas ces gonflements avec les trompes œdématiées elles-mêmes et souvent atteintes quand l'utérus est rétroversé.**

2° *Cellulite péri-ovarienne et péri-salpingienne* (péri-oophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle). — Par le vagin et par le rectum (trompes et ovaires prolabés) la femme étant debout ou couchée, cherchez avec un seul doigt. Vous trouverez l'ovaire sous forme d'un corps ovoïde plus ou moins gros. Pas plus que sa forme, sa consistance ne rappelle celle de l'organe normal (haricot bouilli). Il est mou ou dur, facile à reconnaître s'il est mobile ou si vous parvenez à suivre son ligament, et très difficile à distinguer de certaines petites tumeurs intra-ligamentaires, grosses comme des noisettes, œdémateuses elles-mêmes ou des angles de flexion arrondis de la trompe infiltrée. Toutes ces

cellulites crépitent parfois sous le doigt quand leur formation est récente.

Les œdèmes péri-salpingiens peuvent s'offrir sous la forme que je viens de décrire. Ils sont mous ou durs. Quand la trompe est prolabée, cas fréquent, vous la trouverez au fond du cul-de-sac de Douglas. Cherchez le long des parois du rectum contre celles du pelvis, ce que j'ai comparé, dans ma brochure sur la kinésithérapie, à un macaroni cuit. Constatez sa mobilité ou sa fixité. Mobile, poussez-le, s'il n'est pas trop sensible, entre l'utérus et le rectum. Du bout du doigt relevez le paquet. C'est la trompe. Fixée, vous ne pourrez le plus souvent que la pressentir. Le massage la mobilisera. Vous ne la suivrez en général que dans ses deux tiers externes. Près de la corne utérine, elle deviendra indistincte, soit parce que l'œdème est moins marqué qu'ailleurs, soit parce que la disposition anatomique des parties fait obstacle, le ligament rond, la trompe et le ligament de l'ovaire formant paquet à leur émergence des cornes.

3° *Cellulite intra-ligamentaire* (paramétrite). — Elle est facile à percevoir sur les ligaments de Douglas, dans la fosse de ce nom, sur la face postérieure des ligaments larges. Pour bien examiner les ligaments utéro-sacrés, pratiquez le toucher unidigital rectal. Reconnaissez leur naissance en arrière du col ; suivez-les ; sondez en même temps le cul-de-sac. La cellulite se révèle par la consistance coriace ou l'épaississement œdémateux accompagné de *douleurs*. Assez souvent vous trouverez entre les ligaments utéro-sacrés une ou plusieurs petites tumeurs également œdémateuses. D'ordinaire c'est la trompe prolabée, flexueuse, fixée par les cellulites de voisinage et les contractures paramétriques, œdématiée elle-même, et cause première des cellulites et des contractures. Les ligaments de Douglas sont souvent le dernier refuge des cellulites. Vous les aurez fait disparaître sur bien des points que là encore elles subsisteront.

Sur quelques femmes vous pourrez explorer tout le ligament large droit ou gauche par le toucher vagino-rectal —

pouce et index — et saisir entre ces deux doigts la lésion primitive, trompe ou ovaire malades, emprisonnés dans les cellulites ligamentaires. Ces cellulites causent ce que j'appellerai volontiers le **paramétrisme** comme on dit vaginisme, c'est-à-dire la contracture des ligaments, pouvant aller jusqu'au tétanisme et produire des déviations utérines ou annexielles et la **pseudo-fixation** de ces organes. J'ai déjà parlé de ces pseudo-fixations dans mon Rapport au ministre (1), et le mot de paramétrisme naquit alors dans mon esprit. mais je ne concevais que leur explication anatomique, fournie par la présence des muscles lisses dans les ligaments; maintenant je crois avoir trouvé l'explication anatomo-pathologique. Je les rattache à la cellulite. Elles sont un de ses signes pathognomoniques.

4° *Cellulite pariétale sacro-iliaque et myo-cellulite du plancher.* — On la reconnaît par le toucher rectal. Il n'est pas d'exploration gynécologique complète sans toucher rectal. Introduisez l'index dans l'anus, constatez en passant la sensibilité qui peut déjà vous mettre en éveil, reconnaissez, dépassez et dilatez jusqu'à son application contre les parois de l'excavation, l'anneau contractile dit troisième sphincter, plus ou moins haut situé; la paroi postérieure du rectum ayant, par des pressions ménagées, acquis le maximum d'expansion, faites passer le doigt par un mouvement arciforme, et en appuyant *très doucement* sur la plus grande étendue possible des parois pelviennes, à gauche et à droite.

Si la femme se plaint, la cellulite existe; contentez-vous de cette simple constatation quand les souffrances sont vives. Quand elles sont supportables, explorez de bas en haut, de la ligne médiane aux parois latérales, cherchant les points les plus douloureux mais sans insistance, sphincters, releveur, ses attaches sur la ligne médiane, le raphé coccy-anal, tout le plancher, toutes les parois. Vous trouverez *dans certains cas*, des cordes vibrantes, des empâtements, des

(1) Kinésithérapie gynécologique. *Annales de gynécologie.*

granulations, ou même de petites tumeurs. *Dans d'autres, rien que la douleur.* L'affection a des degrés divers. Rappelez-vous que le cul-de-sac de Douglas et ses ligaments avec les annexes prolabées est d'ordinaire le foyer d'émergence du mal.

Je répète que la cellulite pariétale peut être pressentie par des sensations subjectives, en particulier par la *pesanteur*, par *l'impossibilité de s'asseoir* sans souffrir, *de se relever* sans que cette souffrance s'exagère, et par des douleurs *péri-ombilicales,* sans qu'il existe de cellulite sous-cutanée abdominale; mais *la souffrance par pression arciforme du doigt sur les parois sacro-iliaques en est le signe pathognomonique.*

Diagnostic différentiel. — Beaucoup d'affections ont été et peuvent être confondues avec la cellulite abdominale quand on ne la connaît pas.

Par la contraction que la douleur provoque dans les muscles sous-jacents la cellulite simule des tumeurs profondes.

J'ai soigné à la Clinique Baudelocque une femme au sujet de laquelle M. Siredey s'était posé, *il y a sept ans,* la question d'une tumeur du foie ou du rein, et avait conclu à une névralgie. Arrivée en brancard elle souffrait abominablement dans la région péri-ombilicale, le flanc et l'hypochondre droit. L'affection s'était exaspérée à la suite d'une grossesse. Je l'ai guérie rapidement *de sa cellulite abdominale* (obs. II).

Beaucoup de tumeurs abdominales qui s'évanouissent sous le chloroforme sont, j'en suis convaincu, des exemples de cellulite avec contracture musculaire localisée. Le chirurgien qui constate la disparition subite de la tumeur en conclut qu'il n'y a rien, mais la malade continue à souffrir de ce rien, qui peut faire d'elle une percluse et une impotente. Tous les organes de la cavité abdominale, estomac, foie, reins, intestin, vessie, ont été certainement, dans bien des cas, mis en cause alors que la douleur avait son point de départ dans une cellulite abdominale sus-jacente.

Il en est de même pour la cellulite des autres régions du corps. Josephson dit qu'elle a été prise : à la fesse, pour une

sciatique; au thorax, pour une pleurésie sèche, et pour une maladie du cœur; à l'épigastre, pour une affection gastrique.

La cellulite pelvienne, compagne ordinaire de l'abdominale a été, de son côté, l'occasion des diagnostics surprenants qui ont vu le jour dans ces derniers temps: grande névralgie pelvienne; hyperplasie de nature indéterminée, etc., etc.

Elle a non moins certainement été confondue avec diverses altérations de l'utérus et des annexes; mais **il faut dire qu'elle en dérive souvent**, et qu'il est capital, lorsqu'on la constate, de remonter à sa source, de faire le diagnostic étiologique.

Il tombe sous le sens qu'une affection dont la douleur est le principal caractère, ne peut pas être découverte sous le chloroforme. Je rappelle que je ne parle pas, dans ce travail, des grands exsudats qui sont cependant, à mes yeux, frères ou cousins germains de l'affection que je décris.

La myo-cellulite du plancher peut être prise pour une fissure à l'anus. Le diagnostic est difficile s'il est vrai que certaines fissures se dérobent aux investigations, mais il faut aujourd'hui démontrer que celles là ne sont pas des cas de cellulite pelvienne. Les malades atteintes de l'une ou de l'autre ont des contractures, et se plaignent de souffrir avant, pendant et après la défécation; mais la douleur *retardée* spéciale à la fissure n'existe pas ou est rare; je ne l'ai pas observée nettement encore dans la myo-cellulite. De plus, celle-ci se caractérise dans bon nombre de cas par une sensation de poids et même de descente.

Cette sensation de poids, elle aussi, a été certainement cause de beaucoup d'erreurs de diagnostic, faute d'exploration. Combien de femmes, en particulier de femmes récemment accouchées, ont été condamnées à des pessaires et en ont souffert, qui étaient atteintes d'une cellulite momentanée et légère, liée à la *subinvolution et au prolapsus tubaire* (1).

---

(1) J'ignore si cette expression *subinvolution tubaire* a été employée. Elle caractérise un état clinique important. Je l'ai plusieurs fois constaté pen-

Si la coccygodinie n'est pas la myo-cellulite, je ne sais pas comment les distinguer l'une de l'autre.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — J'ai indiqué comme cause générale, les troubles circulatoires. Cette étiologie est insuffisante. On doit chercher la cause de ces troubles circulatoires locaux. La cellulite sous-cutanée abdominale peut être, d'après les Suédois, la seule manifestation de cette maladie. On la constaterait assez souvent chez les femmes grasses. Il est donc probable que l'adiposité y prédispose ou même la crée. L'adiposité a une influence non douteuse sur la circulation. Il n'est pas rare que les femmes qui engraissent voient leurs règles diminuer et même disparaître.

Voici ce que l'observation m'a appris sur la carte des cellulites. En même temps que la cellulite abdominale, beaucoup de femmes ont des cellulites pelviennes. A côté de la cellulite du plancher ou des faces latérales du pelvis on trouvera fréquemment quelqu'une de ces lésions dites péri-oophorite, péri-salpingite, paramétrite, qui suivant ma conception, je le répète, ne sont que des cellulites péri-ovarienne, péri-tubaire, intra-ligamenteuse. Celle du plancher ou des parois n'est pour le doigt qui explore que leur avant-coureur, et derrière tous ces œdèmes durs ou mous se dérobe une *lésion primordiale*, ordinairement grave par sa ténacité. Malheureusement en effet l'oophoro-salpingite constitue, dans bon nombre de cas, cette lésion primordiale. **Il faut toujours y penser lorsqu'on découvre des cellulites.** Si les difficultés d'exploration ne permettent pas de trancher d'emblée la question d'intégrité des trompes et des ovaires, on la réservera. Lorsque la cellulite des parois pelviennes dépend d'une lésion des annexes, et que cette lésion paraissant unilatérale, la cellulite se manifeste avec douleurs aiguës du côté opposé, c'est ordinairement le signe d'une bilatéralité latente.

---

dant les suites de couches, surtout chez les femmes qui ont eu des grossesses trop rapprochées et qui n'ont pas nourri. Explorez par le rectum le cul-de-sac de Douglas.

Toute violence exercée sur l'utérus et ses ligaments, en particulier l'abaissement forcé dans le curettage, crée ou aggrave la cellulite quand il existe une lésion annexielle méconnue.

Il en est de même du massage pratiqué par des mains inexpérimentées et lourdes.

Le médecin n'oubliera pas que, dans d'autres cas, la lésion primordiale est insignifiante et que les cellulites et myo-cellulites ont pour cause déterminante un trouble circulatoire : La grossesse l'aggrave. La subinvolution utérine suffit pour la faire naître, mais je le répète, le plus souvent la subinvolution tubaire avec prolapsus de la trompe s'y joint. Donc, le médecin tout en se disant qu'une simple déviation utérine suffit pour la causer, explorera toujours à fond les organes génitaux, et se tiendra sur la réserve tant qu'il n'aura pas constaté l'intégrité des trompes et des ovaires. Il fera en prenant son temps ce que j'ai appelé diagnostic topographique.

Marche et durée. — Abandonnée à elle-même la cellulite s'éternise d'ordinaire, si j'en juge par les cas que j'ai vus, et constitue une infirmité. La malade est classée par le médecin dans la catégorie des incurables.

Elle peut conduire à l'impotence. Elle a des exacerbations intermittentes réglées par les molimens et retentit plus ou moins sur l'état général.

L'immobilité absolue et le surmenage l'irritent également. Traitée elle guérit ; cette guérison est définitive ou momentanée. Tout dépend de la gravité de la lésion primitive, de son siège, de son ancienneté, de sa cause.

Pronostic. — Sauf les réserves qu'entraîne ma dernière proposition, le pronostic est bénin si l'affection est soignée comme elle doit l'être. Quand on ne la traite pas le pronostic n'est pas grave, en ce sens qu'elle ne tue pas ; mais les malades sont condamnés à de perpétuelles souffrances.

Traitement. — **Le meilleur, c'est le traitement préven-**

tif. Soignez la plus légère métrite; explorez à fond les organes avant de donner l'*exeat* aux femmes qui accouchent en avortant. Déconseillez les grossesses trop rapprochées, apôtres de l'allaitement maternel. Tout ce qui décongestionne les organes génitaux est utile contre les cellulites intra-pelviennes, depuis les injections d'eau chaude, et les topiques dérivatifs, à commencer par l'ichtyol; mais le traitement le plus inoffensif et le plus sûr, c'est la kinésithérapie bien conduite. Elle seule convient contre la cellulite sous-cutanée, et les résultats curatifs ou palliatifs auxquels on arrive par son moyen, dans le cas de cellulite intra-pelvienne, sont vraiment remarquables. Ces résultats obtenus, conseillez sauf contre indication, la grossesse et l'allaitement accompagnés de la gymnastique dérivative.

On aura recours aux opérations si la lésion primitive est incurable et expose la malade à de continuelles et douloureuses rechutes; mais dans ce cas les malades auront grand bénéfice à subir d'abord le traitement kinésithérapique, car il facilite la besogne chirurgicale.

Le traitement se compose du massage et de la gymnastique.

A. — **Massage.**

1° Cellulite sous-cutanée abdominale

Faites à la peau des plis que vous saisirez des deux mains entre trois doigts et le pouce, cherchez avec soin les lobes œdématiés, que vous reconnaîtrez à leur consistance pâteuse, ou les granulations, ou simplement les points douloureux. Malaxez *autour* des lobes et des granulations, puis pétrissez, **très prudemment, très doucement** *les centres*. Tiraillez la peau comme un tissu de caoutchouc qu'on veut assouplir. Que les doigts soient toujours souples et déliés, et votre main légère, surtout au début lorsque les douleurs sont excessives. Vous augmenterez progressivement la force. Séances courtes, très courtes pour commencer, deux à trois

minutes, quotidiennes ; mais un jour de repos de temps en temps est utile.

Poursuivez la cellulite de région en région jusqu'à ce qu'elle ait disparu. *Armez-vous de patience et de persévérance.* Le traitement est douloureux surtout au début et au moment des molimens, mais *la douleur doit être supportable.* Ayez, je le répète, la main prudente et légère ; *autrement vous créerez ce que vous voulez anéantir.* Dans la journée qui suit le massage, la femme doit se plaindre au plus d'une chaleur persistante aux endroits malaxés. Je dis au plus. C'est déjà trop.

Dans ce cas, allégez encore votre main. *Veillez-y surtout au moment des molimens* (voy. Gymn.). Prenez garde que la femme ne vous revienne en se plaignant d'avoir souffert, et le ventre meurtri d'ecchymoses. Vous serez étonné quelquefois en pareil cas, comme je l'ai été moi-même (Obs. I), de voir *quelles pressions insignifiantes* ont produit pareil résultat. C'est moins, je crois, par la force déployée, que par l'inattention, le défaut de méthode, que le massage a péché. Ouvrez le mieux possible les voies efférentes par la malaxation périphérique avant d'attaquer le centre des lobes et des granulations

2° Cellulite pelvienne.

A. — *Myo-cellulite de la région ischio-coccygienne, coccy-anale et anale.*

Dans cette région le massage est très difficile. Cette difficulté semble d'abord tenir au défaut de point d'appui, mais je la crois maintenant imputable aux frottements inévitables qu'entraînent la résistance des tissus et la contracture des muscles, surtout au début. Le frottement est un mauvais procédé de massage et le doigt serré par les sphincters comme par un anneau de caoutchouc durci, ne peut que frotter. Aussi la ténacité de la myo-cellulite est-elle grande.

J'ai essayé le pétrissage entre l'index et le pouce, l'un ou l'autre de ces doigts étaient introduits dans l'anus. Je crois

le procédé mauvais. On calcule mal la force déployée et la fatigue est grande. J'y ai renoncé.

J'emploie les deux procédés suivants :

1° L'*effleurage ano-rectal.* — Mieux vaudrait dire effleurage rectal, car l'effleurage anal je le répète est impossible. On frotte, on n'effleure pas; mais quand il y a coïncidence, et cela est fréquent, de la cellulite des parois et du plancher, en traitant et guérissant par l'effleurage la cellulite des parois, on guérit ou améliore celle du plancher.

Quand la myo-cellulite existe seule, ou je m'abstiens, s'il est possible, même du toucher rectal, et j'agis par la voie abdomino-vaginale sur la lésion primitive qui cause la douleur anale, ou j'emploie le *pétrissage léger avec vibrations.*

2° *Pétrissage vibratoire léger.* — Faites mettre la femme sur le côté. Introduisez l'index gauche dans l'anus et la partie inférieure du rectum. Sur cet index immobile, avec la pulpe de l'indicateur, du médius et de l'annulaire de la main droite pétrissez, avec une force très ménagée et de petites vibrations, la région comprise entre les ischions, le coccyx et l'anus, *cherchant les points les plus douloureux,* MAIS POUR LES ÉVITER. Josephson a employé indifféremment comme point d'appui deux doigts dans le vagin ou un doigt dans le rectum. Je crois le dernier procédé préférable. Viderström a massé alternativement avec la main droite et la main gauche, à gauche et à droite, en intervertissant le décubitus latéral et en se servant du doigt intérieur tantôt comme point d'appui, tantôt pour le pétrissage.

Pourrait-on mettre en usage en pareil cas la dilatation forcée avec quatre doigts introduits dans le rectum comme on le fait pour les contractures d'origine fissuraire (procédé de Récamier) ? Je n'ai point d'expérience à ce sujet ; mais a priori, je doute du résultat, d'abord parce que je me défie en pareil cas de la violence, ensuite parce que la myo-cellulite est comme les autres cellulites sous la dépendance de lésions plus profondes, qui l'entretiennent et qu'il faut faire disparaître (1).

(1) Les chirurgiens ont essayé la dilatation forcée, sans succès je crois.

B. — *Cellulite des parois postéro-latérales.*

Agissez par effleurage rectal. Plaçant la main dans la position de Brandt, introduisez l'index gauche dans le rectum, et faites lui décrire des arcs de cercle, partant de la ligne médiane et aboutissant aussi haut que possible sur les parois latérales. C'est la pulpe de la phalangette qui masse, comme on écrit sur une vitre couverte de buée. Procédez de bas en haut autant que possible, et d'arrière en avant ; ayez la main légère surtout au début. Vous effleurez d'abord la moitié gauche du bassin ; puis vous passez à la moitié droite pour laquelle vous pourriez vous servir de l'index de la main droite ; mais il est inutile de changer de main. Donnez à cette main la position suivante : face dorsale en l'air, index détaché, le pouce et les trois autres doigts étendus, position que prendrait un écrivain pour tenir sa plume entre le pouce le médius et l'annulaire. C'est d'abord le bord cubital puis la pulpe de la phalangette indicatrice qui effleure.

Si la cellulite des parois est très récente, les effets de l'effleurage ne se font pas attendre et la douleur peut se calmer dès la première séance. L'effleurage a une action lente sur la région ischio et ano-coccygienne pour les raisons que j'ai indiquées. Pour atteindre ces régions, le doigt à moitié introduit n'a pas grande liberté et frotte plutôt qu'il n'effleure.

Au contraire les parois postéro-latérales de l'excavation fournissent un bon champ d'effleurage. Je le répète ayez la main légère : *effleurez*. Ne frottez pas, comme les débutants sont toujours tentés de le faire sur ce champ solide et résistant.

C. — *Cellulite intra-ligamentaire* (Paramétrite).

Vous avez deux procédés de traitement. Employez l'un

dans les cas de contracture douloureuse sans fissure. Les Anglais donnent à de tels cas le nom de *rectum hystérique*. Ce rectum hystérique est sans doute ce que je décris sous le nom de cellulite. Combien de femmes ont été traitées d'hystériques qui étaient atteintes d'une cellulite causée par une annexite avec prolapsus oophoro-salpingien?

ou l'autre ou l'un et l'autre suivant les cas. Ce sont l'effleurage unidigital et le massage bimanuel.

1° *Effleurage.* — Agissez sur les ligaments de Douglas et le feuillet postérieur du ligament large, par le rectum. La femme est d'ordinaire couchée ; mais il est avantageux dans certains cas de la mettre debout. Vous pouvez quelquefois, dans cette situation, saisir entre le pouce introduit dans le vagin et l'index rectal, les feuillets ligamentaires et pétrir un empâtement de ce feuillet ; mais défiez-vous du pétrissage. *Plutôt moins que trop.* Je mets quelquefois la malade sur pieds pour des effleurages très profonds.

2° *Massage bimanuel.* — Il est indispensable. Par les frictions circulaires et les vibrations on assouplit le paramètre, on libère les organes. Ils se dessinent sous le doigt. Le moment est venu de les saisir, de les masser individuellement et de travailler à la guérison de celui qui cause tout le mal. Ce n'est pas difficile pour l'utérus, c'est très difficile pour la trompe et l'ovaire prolabés. On est réduit, dans certains cas, faute de pouvoir saisir et maintenir, à masser dans le vide. On agit indirectement, sur l'ensemble de la circulation génitale et non sur l'organe malade lui-même. Voilà peut-être, avec l'infection, l'écueil définitif et infranchissable de la kinésithérapie ; mais si l'on n'a pas la satisfaction de guérir, on a au moins celle de produire une amélioration vraiment remarquable.

B. — **Gymnastique.**

On ne manquera pas de joindre au massage une gymnastique appropriée, le plus souvent dérivative. Elle doit être dirigée de façon à diminuer les molimens et à favoriser l'issue du sang aux époques cataméniales, c'est-à-dire tous les vingt-huit jours. On ne peut donner à ce sujet de règle applicable à toutes les malades, les unes ayant une tendance aux hémorrhagies, les autres étant au contraire insuffisamment réglées. La connaissance exacte des mouvements, jointe à l'esprit d'observation et à un jugement droit, guide-

ront le médecin. J'ai décrit dans mon Rapport les principaux mouvements gymnastiques ; ma description suffit à la majorité des cas. Je la compléterai, dans une étude plus approfondie de cette admirable méthode de Ling modifiée par Brandt. J'ai fait à la Société obstétricale de France, une communication dans laquelle sont signalés les molimens congestifs, tels que mes examens quotidiens m'ont permis de les observer. Il y en a deux par mois, l'un se manifeste quelques jours avant le milieu de la période intercalaire. Il commence le huitième ou le dixième jour, en comptant de l'apparition des règles. Le second se manifeste vers le vingt et unième jour, c'est-à-dire sept jours environ avant l'apparition des règles suivantes.

Observations

Je ne donnerai ici que trois observations. J'ai dit que je serais en mesure d'en fournir un grand nombre, mais je ne veux pas surcharger le journal, et je tiens à donner au moins une observation non résumée; transcription exacte des notes que je prends, au jour le jour, à la clinique Baudelocque ou chez moi, aussitôt après le traitement. J'ajouterai au bas de la page les réflexions que la vue d'ensemble des faits me suggérera.

Elles seront utiles à ceux qui veulent me suivre dans l'étude scientifique de la kinésithérapie.

Observation I.— D..., entre à la Clinique Baudelocque, le 8 février et m'est confiée pour être traitée par la kinésithérapie. Le diagnostic posé est rétroversion utérine.

Premier examen, le 8 février. — *Interrogatoire.* — Cette femme souffre depuis son accouchement, qui remonte au 22 septembre. Dix jours après elle sortait de la Clinique. Depuis lors, jusqu'au 28 octobre, elle a perdu continuellement du sang, et presque continuellement jusqu'au 8 février. Elle se plaint de la totalité du ventre.

Palper. — Peau du ventre dépressible et souple, mais tellement douloureuse que l'exploration arrache des larmes quand on saisit un pli, même d'une main légère. Le diagnostic : cellulite sous-

cutanée abdominale, s'imposerait à moi, si la peau était privée d'élasticité et si je découvrais des grains durs ou des noyaux d'œdème pâteux dans le tissu cellulaire; mais la peau est souple et je n'ai pas trouvé d'œdème. Peut-être ne sais-je pas encore le découvrir sous toutes ses formes. Peut-être aussi la névralgie de Beau et Valleix, que je crois devoir rattacher à la cellulite sous-cutanée, a-t-elle une existence indépendante ? On verra (1).

Toucher vaginal. — L'utérus est rétroversé et incliné à droite. Vive douleur de la face postérieure et surtout du fonds qui paraît gonflé, surtout à droite. Cette tumeur appartient-elle à l'utérus, appartient-elle aux annexes? Un effleurage délicat, seul possible à cause de la douleur, ne permet pas de trancher la question (2).

Toucher vaginal et palper combiné. — La souffrance interdit l'exploration bimanuelle (3).

Toucher rectal. — Les sphincters sont insensibles; mais les parois pelviennes sont atrocement douloureuses. Cellulite interne analogue à celle des parois abdominales.

Traitement. — Il visera avant tout l'apaisement des souffrances et la diminution des pertes, la réduction de l'utérus dès qu'elle sera possible sans violence ni douleurs, et la cure des lésions annexielles si elles existent.

Il consistera dans le massage et la gymnastique. Chaque séance débutera et se terminera par des mouvements dérivatifs. Entre eux le massage, qui se composera : 1° de la malaxation des parois faite avec les deux mains, tenant entre le pouce et les quatre doigts, des plis faits successivement aux diverses régions de la peau; 2° des frictions circulaires péri-utérines (massage bimanuel); 3° de la réduction de l'utérus, quand elle sera possible sans violence ; 4° de l'effleurage rectal.

Le massage sera court et léger, surtout au début.

Les mouvements gymnastiques dérivatifs institués consisteront

(1) Le lecteur verra en effet plus loin comment la cellulite avec ses caractères propres s'est révélée après quelques séances de traitement.

(2) Il s'agissait en réalité d'une salpingite hémorrhagique causée probablement par la subinvolution tubaire. Cette forme, aussi bien que la forme catarrhale, se dérobe souvent derrière la rétroversion utérine.

(3) Il est de règle en bonne kinésithérapie de n'éveiller qu'une douleur tolérable, ou vite apaisée. C'est le seul moyen d'arriver au diagnostic topographique exact et à la cure.

surtout dans la mise en jeu des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux.

9 et 24 février. — Un seul phénomène intéressant. Je découvre un gros lobe pâteux très douloureux péri-ombilical. La réduction de l'utérus et le diagnostic topographique des annexes sont interdits par la souffrance. La malade ne perd ni en blanc ni en rouge.

Le 24. La peau du ventre est un peu moins sensible. Le gros lobe péri-ombilical est très net. Le fond de l'utérus moins sensible également. La douleur des parois pelviennes est très marquée à gauche, mais pour la première fois l'effleurage la calme.

Le 25. L'utérus se laisse pousser sur la ligne médiane sans force. Un volumineux œdème péri-salpingien droit se révèle. Les douleurs des parois pelviennes ont presque disparu.

Le 27. Premier jour des règles. I (1).

Parois abdominales douloureuses, mais les noyaux d'œdème sont au voisinage des flancs. Les parois pelviennes sont peu sensibles. Utérus rétroversé à droite et fixe.

Le 28. II. — A perdu beaucoup de sang. Les parois abdominales sont sensibles, les parois pelviennes tout à fait insensibles. Massages très courts, très légers. La malade commence à bien exécuter les mouvements gymnastiques.

1er mars. III. — Même état.

Le 2. IV. — Perte très diminuée. La cellulite abdominale se révèle maintenant sous forme de grains analogues aux grains de gruau ou de riz, isolés ou agglomérés. Ils occupent la région iliaque près des flancs, les grains sont douloureux.

Le 3. V. — Sang presque arrêté. Ventre moins douloureux pendant le massage. Effleurage rectal insensible. Je me crois autorisé à pétrir directement les granulations et à augmenter un peu la force.

Le 4. VI. — La malade a souffert hier. La malaxation légère et

---

(1) J'ai l'habitude de noter le quantième des règles. En effet, certaines améliorations se reproduisent à date fixe et ne doivent pas être considérées comme définitives. C'est ainsi qu'on observe presque toujours une amélioration dans les trois, quatre ou cinq jours qui précèdent les règles. Les molimens périodiques jouent un rôle prépondérant dans les affections du bas-ventre. De ces molimens dépendent certains états passagers de l'utérus, des annexes et des ligaments.

J'ai fait une communication à ce sujet à la Société obstétricale de France.

générale de la paroi abdominale est peu douloureuse, mais le pétrissage individuel des granulations arrache des larmes.

Le 6. VIII. — Sang arrêté. Parois abdominales douloureuses.

Le 8. X. — Petites ecchymoses sur la paroi abdominale, à droite et à gauche, surtout à gauche. Sous ces ecchymoses, dans le tissu cellulaire, nombreuses granulations dures très douloureuses. Certainement j'ai eu tort d'augmenter la force et peut-être de ne pas malaxer soigneusement la périphérie avant d'attaquer le centre des masses granuleuses. Cependant je n'ai pas la main lourde. Parois pelviennes insensibles (1).

Le 9. XI. — Elle a souffert à gauche.

Le 10. XII. — A perdu un peu de sang. Parois abdominales très sensibles au niveau des ecchymoses. Les granulations semblent augmentées. Je malaxe très légèrement cette cellulite, que j'ai créée ou ravivée (2).

Le 11. XIII. — Hier, un peu de sang jusqu'au soir.

Le 13. XV. — Hier eau rousse. Perte graduelle et non brusque. Massage moins douloureux. Je pourrais dire indolore. Cependant je persiste à mener analgésiquement. Si j'agissais autrement, je

(1) Le massage a été certainement mal exécuté à ce moment qui était de plus, très défavorable. Beaucoup de femmes, peut-être toutes les femmes, mais en tous cas les salpingitiques, ont un molimen congestif qui commence d'ordinaire du huitième au dixième jour après l'apparition des règles et se prolonge jusqu'au quinzième environ. Le second molimen (il y en a deux dans le mois est d'ordinaire observé sept ou huit jours avant l'apparition des règles. De même, les accouchées perdent fréquemment du sang rouge pur, vers le dixième et le vingt-unième jour des suites de couches. Je ne crois pas que les accoucheurs bons observateurs me contredisent.

(2) Je suis persuadé qu'il en est de même pour les cellulites intra-pelviennes et qu'un massage trop fort, pratiqué à un moment inopportun, crée ou ravive la cellulite douloureuse. Si des ecchymoses sous-cutanées peuvent être produites par un pétrissage relativement *léger*, pourquoi de petites lésions internes ne résulteraient-elles pas d'un massage mal calculé. Je ne parle pas des gros accidents qu'un massage intempestif ou violent peut causer, et qui sont sans excuse. Je parle de ces cellulites douloureuses que les doigts du masseur créent. J'en donne ici un exemple. J'ai écrit quelque part : « Je suis convaincu qu'il m'arrive encore de défaire en une séance ce que j'avais fait en plusieurs ». Ceux qui s'essaieront, comme moi, à cet art difficile de la kinésithérapie éprouveront peut-être les mêmes mécomptes, à moins que je ne leur facilite l'apprentissage, et je le souhaite vivement.

réveillerais les douleurs et ranimerais on augmenterais la perte.

Le 15. XVII. — Hier, crise très douloureuse.

Le 16. XVIII. — Massage abdominal peu ou point douloureux. Grains de riz très nets sous l'ecchymose gauche et autour d'elle. J'essaie doucement de réduire l'utérus; j'y renonce vite (1).

Le 17. XIX. — Je crois que nous entrons dans la bonne voie. Parois abdominales indolores. Les parois pelviennes le sont depuis nombre de jours. Utérus immobile, fixé au début du massage. Pseudo-fixation par contracture que font disparaître de légères vibrations sur les ligaments larges.

Les 18, 19, 20, 21, 22. XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV. — Insensibilité de toutes les régions explorées jusqu'alors.

Le 23. XXV. — J'explore plus profondément. A droite, masse flottante ; la trompe avec œdème péri-salpingien. Je mets la malade debout et je tente doucement de soulever l'utérus par le rectum et le vagin ; index dans le premier poussant le fonds, pouce dans le vagin chassant l'isthme vers le sacrum. Je m'arrête à la première douleur. L'utérus mobile retombe ; je le place sur la ligne médiane. Il n'y restera pas mais la manœuvre est utile.

Le 24. XXVI. — Je réduis l'utérus. Réduction commencée par la voie recto-vaginale (femme debout), achevée par la voie recto-vagino-abdominale (femme couchée).

Les 25, 27, 29, 30. XXVII, XXIX, XXX. XXXI. Réduction de l'utérus par la voie vagino-abdominale. Continuation des mouvements gymnastiques dérivatifs, malgré le chiffre XXXI, à cause de la perte intercalaire et de la tendance aux hémorrhagies. La tumeur salpingienne massée diminue. J'explore la trompe droite. Elle n'est pas indemne.

1er avril. XXXII. — Réduction vagino-abdominale, l'utérus se maintient sur la ligne médiane.

Le 3. XXXIV. — Réduction recto-vagino-abdominale.

Le 6. XXXVII. — Utérus réductible par pression péritonéale antérieure (2).

Le 7. I. — Règles apparues. Quelques douleurs. Réduction par frictions circulaires des ligaments larges et pression péritonéale

(1) On ne doit déployer aucune force pour réduire l'utérus. Cette règle ne souffre pas d'exception et doit être surtout respectée chez les femmes qui perdent du sang.

(2) Voyez *Kinésithérapie gynécologique*. STAPFER.

antérieure. Le revêtement péritonéal antérieur se contracte admirablement, relève et tire l'utérus en avant.

Le 8. II. — Utérus gros ; mauvais massage qui le congestionne encore, et il m'est impossible de réduire complètement.

Le 10. IV. — Règles arrêtées. Utérus réduit par pression péritonéale antérieure.

Le 12. VI. — A souffert avant-hier soir. Depuis la cessation des douleurs, elle s'est placée comme infirmière. Le métier est dur. Elle lave plusieurs parquets.

Le 13. VII. — Quelques gouttes de sang ce matin ; l'utérus est en place au début de la séance.

Le 15. IX. — Perte assez abondante.

Le 16. X. — A perdu beaucoup la nuit dernière. Drap plié en 7, traversé. Deux caillots. La gymnastique du matin est insuffisante. Je prie un aide de faire exécuter au moins, le soir, une série de 20 mouvements des abducteurs (1).

Le 17. XI. — Sang arrêté. Utérus antéversé. Les grains de cellulite abdominale, insensibles depuis trois semaines à un mois, commencent à s'effacer.

Le 19. XIII. — Pas de sang ; utérus antéversé.

Le 20. XIV. — Utérus un peu incliné en arrière. Il obéit promptement à la pression péritonéale antérieure.

Le 21. XV. — Dito. La trompe droite est grosse comme l'index et prolabée. La gauche un peu œdématiée.

Le 22. XVI. — Utérus rétroversé réduit.

Les 23, 24, 25, 26, 27. XVII, XVIII, XIX, XX, XXI. — Dito La malade a une altercation avec une autre femme du personnel, quitte la Clinique, et, malgré mes recommandations, ne continue pas le traitement.

Observation II. — G..., arrive à la Clinique Baudelocque au commencement d'octobre 1892. Elle arrive en brancard. Elle ne marche pas depuis 27 mois. Quand il faut absolument faire quelques pas, elle porte un énorme pessaire en forme de membre viril. C'est sans doute à cause de ce pessaire que l'externe me la présente comme atteinte de prolapsus.

Examen, le 18 octobre. — *Interrogatoire*. — Trois accouchements.

(1) J'ai l'habitude de faire exécuter les mouvements dérivatifs trois fois par jour aux femmes qui perdent du sang (clientèle de la ville).

La troisième grossesse a commencé il y a vingt-sept mois. Depuis, elle est sans cesse alitée. Le Dr Siredey l'a soignée, il y a sept ans pour de la paramétrite et une douleur du flanc droit prise d'abord pour une tumeur (sans doute parce que G... contractait ses muscles) puis pour une névralgie. Elle a toujours plus ou moins souffert jusqu'à sa dernière grossesse qui l'a mise sur le flanc. Elle ne peut s'asseoir. Sensation de poids. Pertes blanches et rouges abondantes.

Vue. — Femme profondément anémiée. Misère.

Palper. — Les pressions sont douloureuses. Je fais des plis à la peau et je trouve dans le flanc droit et l'hypochondre des masses pâteuses, deux ou trois lobes étagés de la grosseur d'une noix. Quand on les saisit doucement, G... jette un cri. Quand on les presse modérément, G... pâlit, sa tête s'affaisse sur l'oreiller, elle semble menacée de syncope.

Toucher vaginal. — Pas trop douloureux, à condition d'explorer seulement le vagin, le col et une partie du corps. Gros corps mou. Gros col fléchi sur le corps à angle aigu. L'isthme est tiré en arrière. L'orifice regarde en avant. Vaste déchirure. Les deux lèvres séparées à gauche. Vulve béante ; vagin large. Le pessaire a perfectionné ce que les traumatismes des accouchements avaient commencé. Pas de rectocèle ni de cystocèle. L'utérus s'abaisse peu, même quand G... pousse.

Exploration bimanuelle. — Interdite par la douleur. On sent vaguement l'utérus, très gros, très mou.

Toucher rectal. — Atrocement douloureux. Première douleur au passage de l'anus. Deuxième au niveau des parois.

Diagnostic. — Métrite chronique, cellulite douloureuse sous-cutanée abdominale, cellulite pelvienne. Vieille lésion annexielle probable.

Traitement. — Il visera la disparition des douleurs, la diminution du sang, la réduction du volume de l'utérus, et ce qu'indiquera une exploration topographique exacte, quand il m'aura mis à même de faire cette exploration. Il consistera dans le massage et la gymnastique dérivative.

22 octobre. Massage analgésique. Malaxation légère de la paroi au niveau des œdèmes. Frictions circulaires très superficielles autour de l'utérus que le doigt vaginal soulève à peine. Effleurage rectal de quelques secondes.

Le 23. Dito.

Le 24. Amélioration. Effleurage rectal moins pénible. L'utérus flotte. Elle s'assied dans son lit, trois ou quatre minutes.

Le 25. Effleurage rectal plus douloureux. Souffrance intolérable dans la cloison recto-vaginale et au passage du sphincter. Fuseaux d'œdème. Cordes à violon tendues sur les parois.

Le 28. Elle s'assied dans son lit comme elle n'avait pu le faire depuis des mois. La cellulite sous-cutanée abdominale est toujours atrocement douloureuse. Elle arrache des cris au massage. L'œdème a une étendue de 8 centimètres environ. Les trois lobes se touchent. Il s'étend de la région péri-ombilicale aux cartilages costaux droits. Deux points sont particulièrement douloureux. Je les attaque en dernier.

Le 31. Le massage de la cellulite pelvienne et abdominale est interrompu par une crise singulière. G... pâlit et s'affaisse. Cœur et pouls réguliers. Sommeil profond. Durée un quart d'heure.

1er novembre. Peu de douleurs à l'effleurage. L'œdème abdominal remonte ; il devient thoracique. Points très douloureux sous les cartilages costaux droits. Col et corps de l'utérus diminués.

Le 3. L'œdème sous-cutané file vers le sternum. Un point très douloureux sur les cartilages costaux inférieurs droits.

Le 4. G... demande à se lever. Défense de porter le pessaire.

Le 5. S'est levé pendant une demi-heure. Un seul point douloureux de cellulite sous-cutanée près du sternum, plus haut que les jours passés. Utérus diminué de moitié corps et col, ce dernier de consistance dure.

Le 7. S'est levé une heure et demie, hier dimanche. Un point de cellulite sous-cutanée sous le sein droit près de la ligne médiane. Pas de cellulite pelvienne, du moins dans les parties que j'atteins et traite pour le moment. Plus de fuseaux d'œdème, plus de cordes à violon.

Le 8. Un seul point de cellulite sous-cutanée. Il touche la mamelle.

Le 9. Règles depuis le matin.

J'arrête ici cette observation. La femme est encore en traitement. Elle avait, comme je le craignais, une très ancienne lésion des annexes, une salpingite double, vieille épine dont je ne la débarrasserai peut-être pas. Actuellement la trompe n'est pas toujours perceptible. Elle est prolabée et fixée en arrière, de la grosseur d'u…

macaroni quand elle s'œdématie. Elle réveille alors la cellulite, mais seulement autour des ligaments de Douglas au voisinage desquels elle est fixée. Sortie de la Clinique le 20 décembre, G..., est venue, soit chez moi, soit à la Clinique, à peu près tous les jours. La durée de la course faite, en partie en tramway, en partie à pied, est de une heure et demie environ. On se rappelle que G... est arrivée en brancard à l'hôpital et qu'elle était alitée depuis vingt-sept mois.

Aujourd'hui elle monte sans se faire porter ses cinq étages; mais l'état général de cette malade laisse beaucoup à désirer, et la misère dans laquelle elle vit suffirait à s'opposer au rétablissement complet. La cellulite sous-cutanée abdominale, cette affection qui avait été prise à un certain moment pour une tumeur par M. Siredey, qui avait résisté à quantité de traitements a disparu depuis huit mois. La débarrasserai-je également de sa cellulite pelvienne? J'en doute pour les raisons que j'ai indiquées. J'insiste à ce propos, sur les difficultés qu'on éprouve à saisir la trompe, à la masser directement, et à atteindre les vestiges de cellulite dans les profondeurs sacrées.

Observation III. — P..., mariée depuis 7 ans, très bien portante; très bien réglée. Cinq mois après le mariage, premières douleurs, avait de la peine à marcher. Cautérisation par une sage-femme. Les difficultés de la marche ont continué. Il y a trois ans consultation donnée par la même sage-femme. Cathétérisme utérin. Le soir même un peu de sang; douleurs quotidiennes: ventre très sensible à la pression, mais P..., continue à marcher. Neuf jours après la consultation « expulsion d'un gros paquet de sang ». On a cru à une fausse couche. Traitement par les cataplasmes, cris de douleurs pendant trois jours. Ces douleurs se sont atténuées mais n'ont pas disparu, puis ont de nouveau augmenté. Consultation d'une 3e sage-femme huit mois après l'accident. Amélioration à la suite du traitement par les tampons de glycérine et d'ichthyol. puis les douleurs reparaissent. La malade souffrait en marchant. Trois à quatre mois plus tard on consulte un médecin qui propose et pratique le curettage, 12 jours de lit. Grande amélioration. Départ pour Plombières. Depuis le retour la malade va et vient, mais souffre des reins et a la sensation d'une pesanteur. Son médecin conseille une nouvelle opération consistant *dans un raccourcissement des ligaments*. Six mois après je suis consulté.

Premier examen, le 8 février. *Vue.* — Femme très grasse.

Interrogatoire. — Voyez antécédents. Actuellement la malade va et vient mais se fatigue vite. Crises de douleurs. Souffre alors en s'asseyant et pour se relever. Règles considérablement diminuées.

Palper. — Parois abdominales très épaisses, indolores.

Toucher vaginal. — On ne sent que l'utérus assez mobile, latéralement mais non de bas en haut en situation normale. Aucune douleur.

Toucher vaginal et palper. — L'exploration bimanuelle est impossible à cause de l'épaisseur des parois, et aussi de la nervosité. Contracture.

Toucher rectal. — Légèrement douloureux.

Le maximum de la douleur est au passage des sphincters. Sur les parois, à gauche, œdème très perceptible, gros comme une noisette, très sensible. Impossible d'explorer le cul-de-sac de Douglas. L'épaisseur du périnée, la contracture générale s'opposent à toute pénétration profonde et s'y opposeront longtemps.

Diagnostic. — Cellulite des parois pelviennes et myo-cellulite du plancher.

Quant à la cause de cette cellulite, je ne puis pour le moment que m'abandonner aux hypothèses puisque l'épaisseur des tissus empêche l'exploration. Les diagnostics posés précédemment sont : métrite, ovarite, salpingite, pelvi-péritonite, inflammation de tous les organes pelviens. Que faut-il prendre, que faut-il laisser dans tout cela ? L'avenir me l'apprendra. J'espère que la salpingite n'a jamais été en cause. Toujours est-il que la malade n'en a pas présenté les symptômes. Je me crois donc autorisé, sous toutes réserves, à porter un pronostic favorable et à donner espoir de guérison.

Traitement. — Il visera : 1° l'augmentation des règles qui vont en diminuant ; 2° la disparition des douleurs ; 3° la diminution de volume du ventre ; 4° un diagnostic topographique exact ; 5° la suppression de la lésion qui entretient la souffrance.

Il consistera dans la gymnastique et le massage. J'y joindrai un régime alimentaire amaigrissant, mais non débilitant.

1re *séance*, le 9 février. — Massage analgésique péri-utérin. Les légères douleurs ressenties ne subsisteront pas longtemps. Effleurage rectal presque insupportable.

Le 10. Comment arriverai-je à vaincre cette couche de graisse

pour pénétrer jusqu'au cul-de-sac de Douglas? Effleurage rectal difficilement supporté.

Le 13. Légère détente des douleurs causées par l'effleurage; mais seulement sur les parois pelviennes. La myo-cellulite du plancher, et surtout des attaches du releveur au raphé coccy-anal avec contracture des sphincters, augmente plutôt qu'elle ne diminue. La malade appréhende l'introduction du doigt dans l'anus.

Le 15. J'essaie la malaxation du plancher entre le pouce et l'index, mais elle est fatigante pour moi et très douloureuse.

Le 16. J'essaie, mettant la malade sur le côté, l'index gauche introduit dans l'anus, de pétrir sur ce point d'appui les tissus avec trois ou quatre doigts de la main droite. Massage fort, vive douleurs.

Le 17. Dito. Vives douleurs.

Le 18. La malade a beaucoup souffert; l'idée d'une séance prochaine l'effraie; elle l'attend comme un supplice. Véritable exacerbation. J'en recherche la cause. J'en trouve deux : 1° j'ai eu le tort, hier, de ne pas éviter les points les plus douloureux; 2° les règles doivent venir dans huit jours. C'est le moment du molimen. J'ai remarqué que les neuvième, huitième et septième jours étaient, chez la plupart des malades, favorables aux crises, tandis qu'à partir du cinquième environ une détente se produit. Je ne modifie pas le système de massage, mais sa force, j'évite les points les plus douloureux, et j'exécute, non pas un pétrissage, mais une malaxation vibratoire légère. Puis je laisse un jour de repos à la malade. Gymnastique congestionnante.

Le 20. Elle a beaucoup moins souffert. Je procède au massage de la même façon. Les règles viennent plus abondantes que de coutume. Soulagement.

Continuation du massage et des mouvements gymnastiques congestionnants que je suspends d'ordinaire lors des époques.

Huit à dix jours plus tard, la myo-cellulite du plancher, la sphinctéralgie tenace sont tellement atténuées, que je pratique seulement l'effleurage rectal après le massage bimanuel vagino-abdominal.

La cellulite douloureuse ne se montre dès lors que de loin en loin au moment des molimens. La malade se sent mieux, marche plus facilement, va en voiture et en omnibus, et, suivant son expression, « se souvient seulement de temps en temps qu'elle a un ventre ».

La malade est encore en cours de traitement. Je viens seulement d'atteindre le centre des lésions. Ce sont des vestiges de paramétrite, c'est-à-dire des cellulites des ligaments de Douglas et de la partie inférieure des ligaments larges, cellulite non douloureuse aujourd'hui. Les ligaments de Douglas en particulier sont durs, coriaces, sans élasticité. J'ai commencé les élévations très utiles pour l'assouplissement et le retour à la tonicité. Il a fallu quatre mois de traitement presque quotidien pour atteindre le fond du cul-de-sac postérieur.

Résumé.

J'emprunte aux Suédois le mot cellulite pour désigner une affection abdomino-pelvienne, qui n'a rien de commun avec le phlegmon.

Elle occupe le tissu connectif. Elle est caractérisée par des œdèmes circonscrits, des pyrexies locales, de très vives douleurs, des contractures de voisinage produisant pour la forme abdominale, ce qu'on nomme tumeurs fantômes, et pour la forme pelvienne ce qu'il conviendrait d'appeler paramétrisme, et pseudo-fixation des organes.

L'affection est vulgaire. Elle englobe à mes yeux ce qui est décrit dans nos traités sous les noms de paramétrite péri-oophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle, périmétro-salpingite, exsudat douloureux, névralgies iléo-lombaire, lombo abdominale, sacro-iliaque, toutes affections qui ont une étiologie commune et se manifestent par des signes semblables. Il serait utile d'en faire une seule famille, celle des cellulites.

Les cellulites sont des lésions secondaires causées par des troubles vaso-moteurs.

La lésion primitive est le plus souvent une oophoro-salpingite avec prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas.

La kinésithérapie fait disparaître la cellulite ; mais la guérison n'est définitive que si la lésion primitive disparaît elle-même et de tous les traitements le meilleur est le traitement préventif.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

5e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893.

De la symphyséotomie (1) (Suite).

LÉOPOLD (de Dresde).

Voici, d'après le *Centr. f. Gyn.*, le résumé de la communication faite par l'accoucheur de Dresde en réponse à celle du professeur de Leipzig.

« D'après son expérience personnelle qui porte sur 4 *opérations* (2), Léopold ne croit pas qu'il faille généraliser l'emploi de la symphyséotomie. Pour ce qui est des mères il faut attendre que la réunion de la symphyse se soit montrée bonne et durable ; pour les enfants il faut voir ce qu'ils deviendront au bout de 3 mois.

L'indication de l'opération doit être strictement limitée et ne doit pas comprendre les bassins ayant plus de 8 centimètres de conjugué vrai.

L'expectation après l'opération ne peut être suivie dans la pratique.

L'indication à la symphyséotomie ne doit être admise que pour les bassins dont le conjugué vrai est inférieur à 8 centim. et supérieur à 6 centim. En effet lorsque le conjugué vrai est supérieur à 8 centim. on peut d'une part, en attendant, avoir un accouchement spontané et d'autre part les résultats donnés par la version sont préférables.

La tête du fœtus ne doit pas ouvrir l'orifice utérin ; la poche des eaux doit faire cet office et pour cela il faut la conserver le plus longtemps possible et attendre la dilatation complète.

Léopold fait la symphyséotomie aussi tard que possible.

(1) Voyez *Ann. de Gynécol.*, juin 1893, p. 575 et suiv.

(2) C'est donc à tort que M. Eustache de Lille attribue à Léopold une pratique égale et même supérieure à celle de Pinard. Voyez *Nouv. Arch. d'obst.*, 25 juillet 1893, p. 328.)

Les déchirures vaginales rendent nécessaire une grande circonspection et des soins consécutifs souvent prolongés.

Chez les primipares on ne doit recourir que très exceptionnellement à cette opération. »

Comme il est impossible, d'après ce court résumé, de bien saisir la pensée de Léopold, nous allons le compléter par l'analyse détaillée d'un mémoire de cet auteur, paru quelques semaines avant le Congrès de Breslau dans « Arbeiten aus der Königlichen Frauen. Klinik in Dresden, t. I, 1893, p. 385. »

Ce mémoire intitulé : « *Aufgaben und Grenzen der Künstlichen Frühgeburt, Wendung und Extraktion, Perforation, Sectio cæsarea und Symphyseotomie* » sert de conclusion à toute une série de mémoires sur les résultats obtenus à la clinique de Dresde de 1883 à 1893 à l'aide des anciennes méthodes de traitement des viciations pelviennes.

« En comparant entre eux les résultats consignés dans les cinq mémoires qui précèdent, on arrive, dit Léopold, aux conclusions suivantes : »

Les opérations obstétricales qui, dans les cas de bassins rétrécis, peuvent être prises en considération pour sauver la mère et l'enfant sont *l'accouchement prématuré artificiel, la version, la craniotomie* (1), l'*opération césarienne* et la *symphyséotomie*.

Conformément à nos estimations antérieures, les deux premières (accouchement provoqué et version) ont pour limite inférieure les rétrécissements de 7 1/2 à 7 de conjugué vrai (2).

Les angusties plus marquées sont du domaine de la perforation ou de l'opération césarienne à indication relative à laquelle vient aujourd'hui se joindre la symphyséotomie. Ces opérations s'arrêtent aux rétrécissements de 6 centim.

Pour la petite catégorie de bassins étroits dont le conjugué vrai oscille entre 7 c. et 7 c. 1/2 la version et l'extraction devront toujours être prises en considération en même temps que les trois opérations sus-nommées.

---

(1) La craniotomie ! *Zur Rettung der Mütter und der Kinder !*

(2) Il faut savoir, à propos de ces chiffres et de ceux qui vont suivre, que dans la pratique Léopold estime le conjugué vrai en déduisant 2 centimètres du conjugué diagonal ou promonto-sous-pubien. Ses bassins de 8 par exemple sont des bassins à promonto-sous-pubien de 10c. (H. V.)

Au-dessous de 6 centimètres il y a indication absolue à l'opération césarienne.

Combien de vies maternelles coûtent ces cinq opérations ?

Si nous rassemblons tous les cas de mort du 1er septembre 1883 à la fin de décembre 1891 ou même de juillet 1892, survenus chez les femmes opérées dans notre service, voici ce que nous trouvons :

Mortalité maternelle.

A la suite de l'accouchement provoqué..	1	sur	81	=	1,2 0/0
» la version et de l'extraction.	10	»	224	=	4,4 0/0
» la perforation (y compris les éclamptiques et les femmes apportées infectées)	17	»	192	=	8,85 0/0
» l'opération césarienne (y compris l'éclampsie et une opération faite sur une moribonde)	7	»	53	=	13,2 0/0
» la symphyséotomie.....(1).	1	»	57	=	1,7 0/0

Si l'on met à part les cas de mort par infection à la charge de l'hôpital, on a :

A la suite de l'accouchement provoqué..	1	sur	81	=	1,2 0/0
» la version et de l'extraction.	2	»	216	=	0,9 0/0
» la perforation	3	»	178	=	1,6 0/0
» l'opération césarienne	2	»	48	=	4,1 0/0
» la symphyséotomie	1	»	57	=	1,7 0/0

Ces deux tableaux nous apprennent que c'est toujours à l'opération césarienne que succombent le plus grand nombre de mères.

Voyons maintenant les résultats pour l'enfant :

Mortalité infantile.

Après l'accouchement provoqué	36,6 0/0
» la version et l'extraction	33,4 0/0
» la perforation	100 0/0
» l'opération césarienne (conservatrice et radicale)	16 0/0
» l'opération césarienne conservatrice seule	4,7, 0/0
» la symphyséotomie.....(1).	10,6, 0/0

De là se déduisent d'elles-mêmes les indications et les limites

(1) Ce chiffre est celui de la statistique de Morisani. (H. V.)

de chacune de ces opérations, dès que l'on place côte à côte les résultats pour les mères et les enfants.

1° L'accouchement prématuré artificiel donne 1,2 0/0 de mortalité maternelle et 36,6 0/0 de mortalité fœtale ; c'est là un résultat qui longtemps encore ne pourra nous satisfaire. Les limites inférieures de cette opération sont déjà fixées ; son but est de sauvegarder la vie de la mère et celle de l'enfant à un plus haut degré que celui atteint jusqu'ici. Tout d'abord il importe d'éloigner l'infection de la mère ; ensuite, pour la viabilité de l'enfant, d'attendre le moment le plus favorable à la provocation de l'accouchement ; d'imaginer un procédé encore plus rapide qui excite les douleurs sans léser la poche des eaux, et enfin de mettre l'enfant né trop tôt dans des conditions d'alimentation, de surveillance et de température propres à diminuer le plus possible les dangers qu'il court.

2° La version et l'extraction ont donné de 0,9 à 4,4 0/0 de mortalité maternelle et 33,4 0/0 de mortalité fœtale. Ici encore le résultat a besoin de s'améliorer beaucoup.

Les accouchées ne doivent plus mourir d'hémorrhagie et d'infection ; d'un autre côté le succès pour l'enfant dépend principalement du choix du temps propre à l'opération, de l'intégrité de la poche des eaux, de la dilatation complète de l'orifice, et de l'appréciation exacte de la limite de viciation, dont il a été ci-dessus question.

Suivent des considérations sur les progrès à réaliser dans l'enseignement pour arriver à diminuer la mortalité fœtale par version entre les mains des praticiens et des sages-femmes.

3° Après la perforation 8,85 0/0 ou plus exactement 1,6 0/0 des opérées sont mortes et tous les enfants.

Il s'ensuit que la perforation, si elle est faite avec propreté est pour la mère une opération peu dangereuse. Il importe cependant aujourd'hui de restreindre beaucoup plus encore qu'on ne l'a fait jusqu'ici la perforation de l'enfant vivant.

Aujourd'hui, en effet, viennent en concurrence avec la perforation la césarienne à indication relative et la symphyséotomie.

La première a sauvé 95,3 0/0 d'enfants avec 4,1 0/0 de mortalité maternelle (1) ; la dernière 89,4 0/0 d'enfants avec 1,7 0/0 de mortalité maternelle (2).

(1) Statistique personnelle du seul Léopold pour des cas choisis. (H.V.)

(2) Statistique cosmopolite de Morisani, pour des cas non choisis. (H.V.)

Quel énorme contraste entre la perforation et la symphyséotomie !

Dans les deux nous voyons le même petit nombre de mères mortes (1,6 et 1,7 0/0). Mais ici tous les enfants morts, là 89,4 0/0 d'enfants vivants. Et si l'on considère que par l'opération césarienne, autant d'enfants sont sauvés, mais 2 fois 1/2 plus de femmes tuées, alors saute aux yeux l'imposante supériorité de la symphyséotomie. Cette comparaison nous incite à restreindre par la symphyséotomie la perforation de l'enfant vivant pour le bien des enfants, et l'opération césarienne à indication relative dans l'intérêt des mères.

Mais ce serait dépasser le but et méconnaître ma pensée que de comprendre que la symphyséotomie a dès maintenant cause gagnée.

La symphyséotomie doit être éprouvée d'abord et ce serait une grande précipitation que d'en faire dès aujourd'hui un emploi fréquent dans la pratique.

Ses indications, ses limites, ses conditions resteront encore longtemps non fixées. C'est le premier devoir des cliniques de rassembler sur ce sujet de nombreuses observations pour résoudre les questions posées.

Jusque-là, la perforation de l'enfant vivant, pratiquée dans l'intérêt de la mère, conserve entièrement sa valeur et doit venir beaucoup plus en considération pour le praticien que la césarienne à indication relative.

Et si dans l'avenir la symphyséotomie doit tenir ce qu'elle promet aujourd'hui, si elle doit devenir pour la perforation une opération rivale, il y aura toujours des cas dans la pratique dans lesquels l'embryotomie de l'enfant vivant apparaîtra pour le salut de la mère comme l'opération la plus sûre; mais la symphyséotomie terrassera l'opération césarienne, opération plus dangereuse, et la renverra désormais au domaine qui lui appartient en propre, celui de l'indication absolue : « Dort soll und wird er seine Triumphe feiern ! ».

CHROBAK (de Vienne) est de l'avis de Léopold. Jusqu'à présent on ne peut formuler aucun jugement ferme. La symphyséotomie pendant longtemps encore ne sera pas du ressort de la pratique. Quelques points doivent être mis en évidence : 1° ce ne sont pas

les lésions osseuses qui sont dangereuses mais celles des parties molles ; 2o la suture osseuse est indispensable ; dans son dernier cas Chrobak a enfoncé des clous d'acier qu'il a réunis ensemble par un fil métallique ; 3o il y a souvent de la fièvre ; Chrobak a perdu une de ses opérées. Afin de réaliser l'asepsie la plus parfaite il fait faire les opérations vaginales par un assistant ; 4o la symphyséotomie exige un appareil compliqué, au moins autant que l'opération césarienne ; 5o la perforation de l'enfant vivant ne peut pas toujours être remplacée par la symphyséotomie.

FROMMEL (d'Erlangen) communique un cas qui a eu des suites fâcheuses.

La plaie symphysaire réunie (sans suture osseuse) fut infectée et la mère fut malade pendant 3 mois. Des séquestres pubiens furent éliminés. Frommel pense avec Léopold et Chrobak qu'il faut attendre avant de recommander la symphyséotomie dans la pratique. Comme pansement il s'est servi dans un second cas d'un bandage plâtré qu'il a laissé 4 semaines et qui lui a paru pratique.

FEHLING (de Bâle) s'attache surtout à la partie du mémoire de Zweifel qui traite des indications. La symphyséotomie doit prendre seulement la place de l'opération césarienne à indication relative, et encore jamais chez les primipares. Il pense que grâce à cette opération on pourra souvent éviter la perforation de l'enfant vivant. De même on pourra dans certains cas prévenir par ce moyen la rupture utérine.

On peut chercher, en combinant la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel, à user de celui-ci dans des bassins plus petits que ceux qui jusqu'à présent en étaient justiciables. D'après son estimation le conjugué diagonal donne approximativement la mesure de l'agrandissement possible du conjugué vrai par la symphyséotomie. Enfin Fehling insiste à côté de la symphyséotomie sur l'agrandissement du conjugué vrai par l'attitude pendante (Hangelage). Cet agrandissement, d'après Walcher, va de 8 millim. à 1 centim. Fehling attend aussi longtemps que possible avant de recourir à la symphyséotomie. La tête doit être « Zangenrecht ». La réunion de la symphyse se fait à l'aide de sutures de soie ou de catgut portant sur les tissus ambiants. Dans les cas de

lésions vaginales il réunit aussitôt afin de soustraire les plaies au contact des lochies. Outre les hémorrhagies et les déchirures qu'on peut voir se produire, la longue durée du traitement consécutif est un obstacle à la généralisation de la symphyséotomie. Pour ce traitement consécutif l'appareil de Pinard lui semble pratique.

Schauta (de Vienne). — Avec les résultats excellents de l'opération césarienne il n'est pas grand besoin de la symphyséotomie.

Lorsque chez une parturiente non encore examinée l'asepsie est pour ainsi dire garantie, Schauta fait en cas d'indication relative l'opération césarienne. Dans les autres cas la perforation de l'enfant vivant et la symphyséotomie viennent en discussion. Si l'on n'est pas sûr de l'asepsie il faut attendre si la tête est encore mobile. Si les douleurs ne portent pas, alors la symphyséotomie est indiquée. Schauta fait l'extraction immédiatement après la symphyséotomie ; il considère l'expectation comme une cruauté. Ce n'est pas le conjugué qui pour lui constitue l'indication, mais les circonstances du cas considéré.

Il ne descend pas au-dessous de 7 centim. Lorsqu'on veut sectionner la symphyse avec un bistouri épais, on peut croire à tort à une ossification de la symphyse.

Il a, lui aussi, toujours drainé la cavité rétro-symphysienne ; il a également observé des déchirures des parties molles. Dans les derniers temps cela ne s'est plus produit parce qu'il a eu recours à une protection manuelle des parties molles. Il fait voir le bassin d'une femme morte à la suite de l'opération et démontre que les articulations postérieures sont en bon état.

Olshausen, de Berlin. — Jusqu'à présent je n'ai cru trouver l'indication à la symphyséotomie que dans 2 cas. Dans le premier il s'agissait d'une femme ayant de l'éclampsie grave et un bassin très rétréci, dans lequel la tête ne voulait pas entrer.

L'application du forceps après la symphyséotomie nécessita encore un grand déploiement de force. La malade mourut 24 heures plus tard dans le coma éclamptique.

Dans ce cas je cherchai à réunir le fibro-cartilage au moyen de crin de Florence, mais je reconnus que la minceur de ce fibro-cartilage rend impossible une suture exacte.

Le second cas présenta de grandes difficultés techniques; je ne

pus inciser que la moitié de la symphyse et là je butai sur l'os. Comme je n'avais pas de scie sous la main, je continuai avec le bistouri et je finis après de grandes difficultés et une grande perte de temps par couper les os. L'hémorrhagie provenant des corps caverneux du clitoris fut dans les deux cas importante, mais céda au tamponnement. J'essayai de faire une suture osseuse au fil d'argent, mais je me heurtai aux difficultés signalées par Zweifel. Dans les deux cas, j'ai eu pendant l'opération la plus grande crainte de voir les parties molles se rompre complètement. Deux assistants durent exercer de chaque côté une forte contre-pression. Malgré cela il y eut dans le second cas une déchirure importante des parties molles derrière la symphyse, vraisemblablement produite par l'application de forceps qui fut très difficile. A la suite de l'accouchement il y eut de l'incontinence d'urine bien que l'urèthre fût intact. Mais il était complètement séparé des autres parties molles. L'incontinence disparut progressivement après 14 jours.

Jusqu'à présent les orateurs ont passé complètement sous silence l'influence qu'a la section du ligament arqué inférieur sur l'ouverture du bassin. D'après ce que j'ai pu constater sur mes deux opérées et sur le cadavre, la section du fibro-cartilage seul permet à peine un écartement symphysien de 2 centimètres, tandis qu'après la section du ligament arqué, l'écartement atteint 5 à 6 centimètres. J'estime qu'il importe d'autant plus de mettre ce fait en évidence que de différents côtés on a dit qu'il n'était pas nécessaire de sectionner le ligament arqué (1).

KOFFER (de Vienne) a 10 cas à sa disposition. Une de ces femmes fut trois semaines après l'opération renvoyée bien guérie. Néanmoins aujourd'hui il est survenu une distension de la cicatrice. A cette époque il ne faisait pas la suture osseuse. Il croit que la méthode expectante est inutilisable dans la pratique.

Il emploie maintenant un appareil de contention du bassin qu'il décrit et qui empêche tout écartement brusque de la symphyse. A l'aide d'une clef cet appareil s'ouvre de la quantité voulue. Après l'accouchement l'appareil de contention est de nouveau serré et la suture faite avec tranquillité. La contre-pression des aides sur les trochanters est inutile. Pour empêcher les déchirures, les parties

(1) C'est Léopold qui a émis cette singulière proposition. (H. V.)

molles doivent être complètement libérées du bord inférieur de la symphyse.

Dans 2 cas suivis de mort il y eut un phlegmon du tissu cellulaire pelvien. Les autopsies montrèrent que les symphyses postérieures étaient plus mobiles qu'à l'état normal, mais cependant intactes. Koffer est opposé à la symphyséotomie lorsqu'il existe un écoulement vaginal fétide, car on doit craindre l'infection des espaces conjonctifs largement ouverts.

BAUMM (d'Oppeln) présente une femme chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie en novembre 1892. Le cas a été rapporté dans le *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 14, 1893. Il n'a pas fait la suture osseuse, mais seulement une suture en étages des parties molles. Celles-ci réunirent en grande partie par première intention. Mais au milieu il resta une fistule qui conduisait entre les pubis. Cette fistule guérit après 6 semaines. La symphyse n'est pas réunie. Ses extrémités oscillent encore aujourd'hui à chaque pas.

Néanmoins la femme en est peu incommodée.

SWIECICKI (de Posen) a symphyséotomisé une primipare de 21 ans, ayant un bassin plat généralement rétréci dont le conjugué vrai mesurait 7 centim. 3/4. Il décrit en détail l'opération après laquelle l'enfant fut extrait à l'aide du forceps. Guérison après 4 semaines (1).

SAENGER (de Leipzig). — Je pensais dire quelques mots sur les rapports de l'opération césarienne à indication relative et de la symphyséotomie. Mais la discussion a été tellement bonne pour l'opération césarienne à indication relative que je renonce à la parole. La section césarienne l'emportera toujours sur la symphyséotomie. Je pense comme Schauta que la symphyséotomie trouvera sa place là où l'opération césarienne à indication relative serait indiquée, mais où les conditions d'asepsie nécessaires n'existent plus. Encore cette indication doit-elle être restreinte d'après les avertissements de Koffer qui remarque que les lochies d'une femme infectée sont un danger pour la plaie symphysaire.

H. W. FREUND (Strasbourg) montre un levier protecteur qu'il

---

(1) Toutes ces observations sont, on le voit, très incomplètement rapportées. Nous ne pouvons donner que ce que renferme le compte rendu du *Centralblatt*. Nous le traduisons in extenso. (H. V.)

introduit au contact de la paroi vaginale antérieure pour protéger les parties molles pendant la descente de la tête. Il peut être tenu d'une main tandis que l'autre conduit le forceps.

KUESTNER (de Dorpat) rapporte un cas de symphyséotomie chez une IVpare ayant un bassin aplati de 8 centim. de conjugué vrai. Le segment inférieur étant aminci, la dilatation complète, le fœtus rendant son méconium, on avait appliqué en vain le forceps de Tarnier. Après l'opération, suture du fibro-cartilage, des fascias et des parties molles.

Küstner insiste sur la nécessité des mensurations exactes du bassin, qui sont d'autant plus possibles que provisoirement l'opération restera la propriété des cliniques.

L'agrandissement porte au plus haut degré sur le diamètre transverse pour la mensuration duquel Küstner et Freund ont, il y a 10 ans, proposé une méthode.

FRANK (de Cologne) croit que la symphyséotomie est, moins que l'opération césarienne, faite pour le praticien, surtout à cause de la longue durée du traitement post-opératoire.

Il tient pour difficile la question des indications. Il faut considérer attentivement l'état de santé générale de la patiente. Le bistouri le plus mince est le meilleur pour traverser la symphyse. L'idéal serait l'agrandissement persistant par ostéoplastie. Frank rapporte 2 observations personnelles.

WIENER (de Breslau) signale les dangers de la symphyséotomie dans les bassins de moins de 7 cent. avec une tête dure. Dans de tels cas il n'y a pas de modelage de la tête et son extraction forcée conduirait à des lésions graves qui seraient plus redoutables que la plaie de l'opération césarienne. Il attribue l'incontinence d'urine à la forte pression exercée sur le col vésical ou à la distension de la paroi vaginale antérieure.

BUMM (de Würtzbourg) a pratiqué la symphyséotomie chez les animaux pour étudier la cicatrisation de la plaie. Il a observé une réunion effective des extrémités symphysiennes par un tissu très rigide, de telle sorte que 8 semaines après l'opération on ne pouvait reconnaître la cicatrice. Le succès est assuré dans tous les cas par un bon rapprochement du pubis et l'asepsie.

NEUGEBAUER (de Varsovie) apporte une statistique. Sur 196 opérations nouvelles de 1827 (?) à 1893 il compte 23 cas mortels. 4 fois la mort fut indépendante de l'opération ; 19 fois elle serait en relation avec l'opération. Cette statistique est en cours d'impression à Leipzig.

CHROBACK (Vienne) n'abandonnera pas la symphyséotomie ; il s'y préparera dans les cas appropriés et la fera après avoir essayé le forceps.

Provisoirement cette opération doit être limitée aux cliniques. Les déchirures typiques entre l'urèthre et le clitoris commencent avant la tension du périnée. Comme bandage il emploie un matelas de sable ayant un creux au milieu.

WINCKEL (de Münich) n'a jusqu'à présent fait aucune symphyséotomie, ce qui ne l'empêche pas de contester l'explication donnée par Varnier (1) des déchirures des parties molles. Winckel pense que ces déchirures résultent de la forte distension transversale qui conduit à l'amincissement et à la déchirure des parties molles. Si les statistiques sont si bonnes, ajoute-t-il, c'est qu'on ne connaît pas tous les cas de mort (2).

SCHAUTA (Vienne) est, quant aux indications, d'accord avec Chrobak. Il a comme Winckel vu plusieurs cas dans lesquels on s'était préparé à la symphyséotomie, mais où l'accouchement put être terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Les lésions des parties molles ne sont pas produites seulement par la distension transversale, mais aussi par l'extension qu'entraîne la progression en bas de la tête. L'instrument de Freund ne lui paraît pas pratique. Il considère la main comme le meilleur défenseur des parties molles.

KOFFER (de Vienne) remarque qu'il voulait construire un ins-

---

(1) Qui en a fait 3 et vu faire 20 comme assistant de Pinard. (H. V.)

(2) Il ne faut pas oublier que Winckel a écrit en 1889 dans son *Lehrbuch der Geburtshülfe*, après avoir signalé en passant les tentatives de Morisani en faveur de la symphyséotomie : « Cette opération n'a pas tenu ce qu'on attendait d'elle ; elle a donné, par contre, ce qu'on n'attendait pas, une riche moisson de déchirures de la vessie, de ruptures des symphyses sacro-iliaques, de caries de la paroi antérieure du bassin ; puisse-t-elle donc pour toujours être enterrée ! » (p. 727). (H. V.)

trument pour protéger la paroi vaginale antérieure, mais que la main est encore le meilleur des instruments.

ZWEIFEL (de Leipsig) en sa qualité de rapporteur prend le dernier la parole. Il s'étonne d'avoir entendu exprimer des jugements si tranchants sur la symphyséotomie. Cela n'est pas favorable pour le Congrès allemand. L'attaque de Léopold l'a frappé de surprise. L'opération est une conquête de grande valeur, qui, bien plus que l'opération césarienne, est appelée à devenir une opération de praticien.

Actuellement elle n'est pas encore propre à cet usage. La fièvre qui suit souvent l'opération est sous la dépendance du suintement sanguin consécutif ; quand l'hémostase pourra être parfaite, les suites de couches seront physiologiques. 8 jours après l'accouchement nous n'avons plus aucun motif de douter du résultat pour l'enfant. L'expectation après l'opération a pour but d'éviter les lésions des parties molles et de l'enfant qui sont plus à craindre lorsqu'on emploie le forceps. Des indications il n'a point parlé à dessein. Il a en conscience posé l'indication même dans les deux cas où le conjugué vrai mesurait 8 1/2. Le travail durait depuis très longtemps. Les insuccès dans les opérations sont surtout enregistrés au début. Les guérisons imparfaites s'expliquent par une mauvaise contention des os et l'absence de suture osseuse. Zweifel a toujours drainé la plaie. Il a eu plaisir à entendre les dernières paroles de Chrobak et de Schauta. Il est aussi d'avis qu'on doit toujours essayer d'abord le forceps. Le point délicat ce sont les déchirures des parties molles qu'il croit pouvoir empêcher par un tamponnement bien fait. »

Et nous ajouterons pour notre part :

1° Que si la mortalité infantile est encore élevée dans la symphyséotomie c'est que plus d'un opérateur a suivi les conseils de Léopold, conseils funestes contre lesquels nous avons déjà protesté à maintes reprises et contre lesquels Olshausen s'élève à son tour.

2° Que les observations de Morisani et autres sont assez anciennes pour qu'il n'y ait plus à contester la possibilité de la réunion parfaite de la symphyse après la symphyséotomie antiseptique.

3° Que si Léopold avait lu entre autres les observations publiées par Pinard il aurait vu que les résultats pour les enfants se main-

tiennent bons bien après 3 mois. Léopold, par contre, dans ses statistiques sur l'accouchement provoqué et la version, ne nous renseigne pas sur ce que sont devenus des enfants portés survivants à la fin de cette période critique et dont un certain nombre avaient des enfoncements du crâne. Ses chiffres de survivance ne portent que sur les 10 jours pendant lesquels les femmes demeurent à la Maternité.

4° Qu'il n'est peut-être pas très logique de limiter l'indication de la symphyséotomie aux bassins de 8 centim. et au-dessous sans dire un mot du volume de l'enfant. Un bassin de 9 et plus n'est-il pas aussi vicié pour un fœtus de 4 à 5 kilogr., qu'un bassin de 8 pour un enfant de 3000 grammes?

5° Que l'affirmation de Léopold sur les bons résultats de la version dans les bassins au-dessus de 8 centim. ne cadre guère avec les statistiques du même auteur qui se trouvent à la page 198 de sa dernière publication et que voici:

Bassins plats au-dessus de 80 millim.

Jusqu'à 9 c. — 9 cas — 3 morts — 2 blessés.
Jusqu'à 8,5 — 13 cas — 3 morts — 3 blessés.

Bassins plats généralement rétrécis au-dessus de 80 millim.

Jusqu'à 9 c. — 2 cas — 1 mort — 1 blessé.
Jusqu'à 8,5 — 6 cas — 3 morts — 3 blessés.

Bassins généralement rétrécis au dessus de 80 millim.

Jusqu'à 9,5 — 4 cas — 3 morts — 1 blessé.
Jusqu'à 9 — 4 cas — 2 morts — 1 blessé.
Jusqu'à 8,5 — 5 cas — 2 morts.
Soit, sur 43 cas, 25 enfants sortis vivants.

4 étant morts avant l'intervention reste 14 tués par celle-ci, sur 39 = plus de 33 0/0.

6° Qu'enfin la symphyséotomie mérite peut-être d'être accueillie avec un peu moins de prévention par des accoucheurs aux mains desquels la méthode ancienne de traitement des viciations pelviennes (appliquée dans les meilleures conditions possibles de milieu et d'assistance), a donné des résultats comme ceux-ci, que je relève dans les comptes rendus d'une Maternité modèle.

Dans les 4 dernières années se sont présentés dans cette Maternité, en chiffres ronds, 280 cas de rétrécissement du bassin néces-

sitant l'intervention de l'art (opération césarienne, accouchement provoqué, version et extraction, forceps et leur complément naturel : perforation).

Enfants sortis vivants *vers le* 10[e] *jour* 120.

120 enfants vivants sur 280 !

Lasciate ogni speranza, voi che'ntrate.

(*Inferno*, c. III, v. 9.

H. V.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de juin 1893.

CHAPUT. — **Réparation d'une fistule vésico-vaginale par la laparatomie ; procédé de Dittel.** — L'auteur a eu l'occasion d'appliquer le procédé de Dittel, c'est-à-dire le traitement des fistules vésico-vaginales par la voie abdominale, pour une large déchirure de la vessie, communiquant avec le vagin, produite au cours d'une intervention fort laborieuse, chez une femme présentant : un utérus bifide, fibromateux, et de plus un rein unique. Il considère la méthode de Dittel comme supérieure à toutes les autres, « les sutures ne portant que sur le vagin sont mauvaises en principe et, en fait, échouent très souvent. L'idéal, c'est de faire porter les sutures sur les parois souples de la vessie elle-même, et d'exécuter un double étage de sutures non perforantes ».

POITOU-DUPLESSY. — **Une observation à propos de la discussion sur l'administration du chloroforme aux albuminuriques.** — Contre la prétendue nocuité du chloroforme vis-à-vis du rein, l'auteur cite un cas récent de sa pratique obstétricale. C'est celui d'une dame accouchant pour la 4[e] fois (grossesse gémellaire), qui, depuis plus d'un mois, avait une quantité élevée d'albumine dans l'urine, et qui en avait encore en proportion très notable (0,140 centigr.) au moment de l'accouchement. Elle put, cependant, être soumise, trois heures consécutives, aux inhalations anesthésiques (25 gr. de bromure d'éthyle et 80 gr. de chloroforme furent employés). Or, à la première analyse faite après l'accouchement, il n'y avait plus que des « *traces indosables* » d'albumine. A ce fait, Poitou-Duplessy ajoute l'observation d'un vieillard de 77 ans, chez lequel on put réaliser l'anesthésie chirurgicale durant 110 minutes (lithotritie) sans le moindre inconvénient. Aussi, est-il d'avis que les

accidents observés par les Allemands (Rindskop, Dührssen) proviennent d'un mode d'administration défectueux. La garantie la plus sérieuse contre ces accidents, c'est, conformément aux recherches de P. Bert, d'*assurer le mélange des vapeurs chloroformiques avec une très forte proportion d'air de façon à ne faire respirer que des vapeurs ayant la tension minimum suffisante pour obtenir l'anesthésie.* En résumé, « le chloroforme, méthodiquement et prudemment administré, n'exerce pas d'action nocive sur le rein, et il n'y a pas lieu de craindre d'y avoir recours contre les attaques d'éclampsie urémique, pour combattre le facteur excitabilité médullaire. D'autre part, le bromure d'éthyle ayant sur la moelle une action modératrice encore plus accentuée, plus rapide que celle du chloroforme, la méthode d'anesthésie mixte par l'association de ces deux agents, se retrouve ici avec tous ses avantages ».

Discussion : MAYGRIER croit aux avantages de la méthode de M. Labbé : *doses faibles et continues ;* le chloroforme n'est versé que par deux ou trois gouttes sur la compresse ; la chloroformisation est régulière et sans accidents. CHAPUT rappelle le travail de Baudoin, qui conclut qu'*avec des doses faibles et le moins d'air possible*, on n'a pas de syncope respiratoire. Quant à lui, il a l'habitude d'examiner l'urine de ses malades au point de vue de l'albuminurie et de l'urée, et chaque fois qu'il constate des lésions rénales, de renoncer à l'emploi du chloroforme. POTTOU-DUPLESSY, se fondant sur les recherches de P. Bert, insiste à nouveau sur les dangers créés par les forts titrages en chloroforme des vapeurs respirées et sur la nécessité d'administrer l'agent anesthésique à son *degré minimum de titrage actif.*

MAYGRIER. — **Éclampsie puerpérale grave avec anurie, traitée par la saignée et le gavage avec du lait. Diurèse rapidement abondante. Guérison.** — O..., 20 ans, primipare, à terme, prise d'éclampsie (en tout, 18 attaques très violentes) bientôt suivie d'un coma absolu et d'une anurie prolongée. Le traitement consista essentiellement en une saignée de 400 gr., et dans l'ingestion forcée d'une grande quantité de lait (gavage au moyen d'une sonde molle introduite dans l'estomac par la voie nasale — toutes les heures on fit absorber 150 gr. de lait). Le gavage paraît tout particulièrement avoir eu une influence heureuse, car, presque immédiatement, la sécrétion

urinaire s'est établie, et tous les autres phénomènes se sont progressivement amendés.

Discussion. — PORAK réume 2 cas observés dans son service, et qui témoignent une fois de plus de la bizarrerie de l'éclampsie et surtout de la circonspection qu'il faut apporter dans l'appréciation de l'efficacité des traitements employés.

1er fait. IIpare, au 7e mois de sa grossesse, a eu en ville 3 accès d'éclampsie. Transportée à l'hôpital le 21 mai, à 4 heures du soir, elle est dans le coma. Urine fortement albumineuse, 6 gr. par litre. *Aucun traitement.* Rupture des membranes le 22 à 4 heures du matin. Accouchement à 6 heures, fœtus mort et macéré du poids de 1,430 gr. Réapparition régulière de la sécrétion urinaire ; diminution de l'albumine. *Guérison.* — 2e fait). 13 ans 1/2, primipare ; début du travail le 23 mai, à 10 heures du soir. A 11 heures 5, 1er accès convulsif, puis 3 autres jusqu'au 25, à 2 heures du matin, où elle accoucha d'une fille vivante pesant 2,850 gr. Après l'accouchement, coup sur coup 15 nouveaux accès; le dernier le 26, à 6 heures 20 du matin. Dans les 24 heures, 780 gr. d'urine claire, contenant 1 gr. 1/2 d'albumine. *Pas de traitement, guérison.*

BUDIN. — **Hémorrhagies causées par la rupture du sinus circulaire.** — Cette origine des hémorrhagies pendant la grossesse et l'accouchement — déchirure du sinus circulaire — avait été signalée déjà par Jacquemier et surtout par Duncan, qui la tenait pour fréquente. Mais cette opinion avait eu si peu de crédit, que les classiques restèrent muets ou à peu près sur ce sujet. Or, l'auteur a étudié à nouveau ce point intéressant, et il a réuni sept observations qui justifient formellement l'idée de Jacquemier et de Duncan. Ces faits se résument ainsi : 1) *Multipare. Hémorrhagie survenant pendant le travail, au moment où la dilatation est presque complète. Rupture artificielle des membranes. Cessation de l'hémorrhagie. Accouchement spontané. Pas traces de décollement antérieur du délivre, mais déchirure du sinus circulaire.* 2) *Secondipare, hémorrhagies répétées et abondantes pendant la grossesse. Rupture artificielle des membranes. Cessation de l'hémorrhagie. Accouchement. Aucune trace de décollement du placenta. Hémorrhagies du sinus circulaire.* 3) *Primipare. Hémorrhagie grave survenant pendant l'accouchement à une période avancée du travail, aussitôt après la rupture spon-*

tanée des membranes. Applications de forceps. L'enfant ne peut être ranimé. Déchirure du sinus circulaire. 4) *Secondipare. Hémorrhagie abondante à 7 mois et demi de grossesse. Accouchement prématuré. Rupture du sinus circulaire.* 5) *Multipare. Trois hémorrhagies successives surviennent entre le cinquième et le sixième mois de la grossesse. Accouchement prématuré. Le placenta siégeait sur le fond de l'utérus. Déchirure du sinus circulaire.* 6) *Multipare, hémorrhagie à 8 mois et demi de grossesse. Rupture artificielle des membranes. Le placenta était inséré au fond de l'utérus. Déchirure du sinus circulaire.* 7) *Secondipare. Secousse violente subie pendant la grossesse. Hémorrhagie. Accouchement prématuré. Rupture du sinus circulaire. Insertion normale du placenta.*

De ces faits, il ressort que, sans contester le rôle pathogénique du décollement placentaire dans l'hémorrhagie par insertion vicieuse, la rupture du sinus circulaire peut être la cause de l'hémorrhagie lorsque le placenta est vicieusement inséré sur le segment inférieur, et même lorsqu'il occupe normalement le fond de l'utérus.

a) Si le placenta est inséré près de l'orifice interne, il doit y avoir là encore une cause prédisposante : l'écoulement sanguin se fait immédiatement au dehors et il y a *hémorrhagie externe; b*) si le placenta occupe, au contraire, la région moyenne ou le fond de la matrice, l'*hémorrhagie* peut être exclusivement *interne; c*) si le sang, décollant les membranes arrive à franchir l'orifice utérin, il y a hémorrhagie externe et hémorrhagie combinées, c'est-à-dire *hémorrhagie mixte : d*) Si au contraire l'hémorrhagie interne n'est pas abondante et si les membranes ne se décollant pas facilement offrent une certaine résistance, un caillot se forme qui peut s'étendre jusqu'au sinus dont il amène l'oblitération. Quant au traitement de ces hémorrhagies, on peut, en certain cas, mais pas toujours, réussir à les arrêter au moyen de *la rupture des membranes*. Les membranes rupturées, en effet, la déchirure n'est plus soumise aux tractions imprimées par les membranes à chaque contraction. On pourra aussi avoir recours au *tamponnement* non intra-utérin, parce qu'on risquerait sans doute de compliquer la situation par la production de nouvelles lésions, mais au *tamponnement aseptique ou mieux antiseptique du vagin.*

Discussion : BONNAIRE a observé aussi un cas de rupture du

sinus coronaire chez une primipare. Cette femme, à terme, avait eu une vive émotion, qui, quelques heures après, fut suivie d'une hémorrhagie abondante. Deux heures après, le travail commençait Tête en O.I.D. élevée. Membranes rompues. Du liquide sanglant coulait de façon continue par le vagin, ce qui indiquait un *mélange de liquide amniotique et de sang*. La malade fut chloroformisée, et la dilatation accélérée au moyen du ballon de Champetier de Ribes. Version, qui permit d'extraire un enfant du poids de 4,000 gr. très cyanosé, qu'on put ranimer rapidement. Délivrance spontanée, 10 minutes après. « Les membranes étaient complètes, mais déchiquetées et fendues jusqu'au bord du placenta. Au niveau de l'angle d'arrêt de cette solution de continuité existait, sur une largeur de 2 travers de doigt, une diffusion sanguine de la caduque, répondant au voisinage de la déchirure du sinus circulaire. Le placenta était net, sans trace d'hémorrhagie *intus* ni *extra*. En ce qui concerne le traitement, Bonnaire fait remarquer que dans ce cas le tamponnement du vagin n'aurait abouti qu'à transformer une hémorrhagie externe en une hémorrhagie interne.

Budin n'a pas eu l'intention de formuler un traitement systématique de ces sortes d'hémorrhagies. Le traitement doit sans doute être déduit de l'examen des conditions propres à chaque cas. Il pourra différer, par exemple, suivant que le délivre sera inséré ou non en son siège normal. Le but spécial de sa communication, c'est de diriger l'attention sur l'hémorrhagie par rupture du sinus circulaire.

Paquy. — **Rétrécissement léger du bassin ; accouchement prématuré, emploi de plusieurs procédés. Difficultés de provoquer des contractions utérines régulières et efficaces.** — *a*) 23 ans, IIpare, atteinte d'un léger rétrécissement du bassin, tête élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur. En conséquence, provocation de l'accouchement prématuré. La première tentative a lieu le 6 février et l'accouchement ne se termine que le 18 février. On a successivement mis en œuvre : l'appareil de Huber de Louvain, 2 ballons de Treub gonflés avec 300-350 gr. de liquide, 2 branches du dilatateur Tarnier, et un ballon de Tarnier.

b) 30 ans, Vpare ; dernier accouchement, en janvier 1889, survenu spontanément avant terme, après vives douleurs abdo-

minales. En août, traitée d'une métrite, par l'introduction de crayons de chlorure de zinc. A partir de ce moment, plus de menstruation, sauf en décembre 1891, perte de quelques gouttes de sang. En janvier 1892, signes de probabilité d'un début de grossesse. En avril, perception par la mère des mouvements fœtaux. Le 1er octobre, début de travail, mais, après quelques heures, cessation absolue des douleurs. Diminution du volume du ventre. La femme n'a plus senti remuer. Entrée à l'hôpital le 21 novembre 1892. *Examen :* Utérus remontant jusqu'à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Auscultation négative. Col ramolli. Orifice interne perméable. Constatation au-dessus de l'orifice externe d'une masse dure, ronde, qui paraît être le siège. Écoulement fétide. Le 22 novembre, première tentative pour provoquer l'accouchement. On emploie successivement : un ballon de Treub (250 gr. de liquide), un ballon de Tarnier, un ballon de Treub (150 gr. de liquide), et 2 fois le ballon Champetier. Ces divers moyens se montrent peu efficaces. Enfin, du 24 au 25, le travail se fait spontanément, et l'on peut, à l'aide d'un crochet, extraire un enfant putréfié. Délivrance artificielle. Guérison après des suites de couches fébriles. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique obstétricale, par le Dr Ch. MAYGRIER.

Dans cette série de conférences cliniques l'auteur a étudié plusieurs points très intéressants de pratique obstétricale : *a*) de l'accouchement dans les bassins rachitiques moyennement viciés, de la conduite à tenir dans les bassins rachitiques ; *b*) de la rigidité du col utérin pendant le travail et particulièrement de la rigidité syphilitique ; *c*) de la dystocie due aux fibro-myômes de l'utérus ; *c*) du danger de la mort subite chez les femmes atteintes d'insertion vicieuse du placenta et des moyens de la prévenir ; *d*) végétations de la grossesse et syphilis ; *e*) de la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

Seule, cette énumération suffit à indiquer l'importance des questions traitées ; nous conseillons vivement la lecture de ces

leçons à quiconque risque de se heurter aux difficultés de la pratique obstétricale. R. L.

Asepsie et antisepsie chirurgicales, par TERRILLON et CHAPUT, Paris, Doin, 1893.

Les livres sur l'antisepsie et l'asepsie se multiplient depuis quelques années. Dans ce manuel, les auteurs, après une étude des antiseptiques et des méthodes de stérilisation, envisagent les méthodes antiseptiques en présence de chaque cas particulier (chirurgie générale, abdominale, urinoire, gynécologie, etc.) et terminent par un exposé de l'antisepsie en chirurgie de guerre.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par F. TERRIER et M. PÉRAIRE, Paris, Alcan, 1893.

Dans une première partie, les auteurs examinent successivement la méthode de Lister et les modifications que lui ont apportées les chirurgiens qui défendent l'antisepsie. La seconde partie traite de l'asepsie que l'un des auteurs a contribué à faire connaître et à vulgariser en France; dans la troisième, on trouve un exposé de la méthode mixte avec toutes les simplifications de procéder qu'elle comporte. L'ouvrage se termine par l'application des principes antiseptiques et aseptiques à chaque région en particulier. On le voit, tout ce qui importe au praticien se trouve condensé dans ce livre dont chacun comprend l'intérêt, étant donné le rôle considérable joué par le professeur Terrier dans le mouvement actuel de la chirurgie moderne.

Transactions of the american gynecological Society (for the year 1892), Philadelphia, W. M. J. Doran, 1892.

Transactions of the american association of obstetricians and gynecologists (for the year 1892), Philadelphia, W. M. J. Doran, 1893.

The structures in the mesosalpinx : their normal and pathological anatomy, par J. W. BALLANTYNE and J. D. WILLIAMS, Edinburgh, Oliver and Boyd, 1893.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SUTURE ABDOMINALE APRÈS LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **N. Ratchinsky**
Du service gynécologique du professeur D. de Ott. à l'Institut clinique de Saint-Pétersbourg.

Parmi les inconvénients consécutifs à la laparotomie, il faut surtout noter le développement des hernies de la ligne blanche.

Par suite de l'absence de données statistiques sur ce sujet, on ne peut savoir exactement quelle est la fréquence de ces hernies. Cependant il n'est pas douteux que, dans la littérature peu abondante de cette question, on rencontre assez souvent des indications de cas, où ces hernies se sont développées après laparotomie surtout chez les femmes ouvrières, forcées, une fois l'opération faite, de faire des efforts et de mettre en jeu leur presse abdominale. Il n'y a pourtant que Wylie (1) qui ait publié des chiffres pouvant guider sur la fréquence de pareilles hernies : sur 67 laparotomies qu'il exécuta en 1886, il a vu 5 hernies post-opératoires se développer à la suite de l'opération. Il n'est pas nécessaire de trop insister sur ce que l'allongement considérable des parois abdominales avec le débordement des intestins (laissant do

(1) WYLIE. *The American Journal of Obstetrics*, 1887, n° 10.

côté les cas plus rares du déplacement et prolapsus de l'estomac, de l'utérus, etc.) peut amener des désordres essentiels dans les fonctions des organes abdominaux, gênant la défécation, la miction, les mouvements des intestins, etc. Les inconvénients, dus au développement de la hernie de la ligne blanche, s'accentuent naturellement encore davantage dans les périodes de la grossesse et des couches. Un bandage, même bien approprié, ne peut pas toujours pallier ces inconvénients et l'emploi perpétuel de pareils bandages durant toute la vie, n'est nullement désirable.

Ainsi donc la laparotomie, en guérissant d'une maladie, en crée parfois une autre, non moins grave et exigeant souvent une intervention opératoire sérieuse. La cause des hernies après laparotomie se trouve parfois dans les procédés imparfaits de réunion des bords de la plaie abdominale, aussi pensons-nous avec Wylie (*l. c.*) et Pryor (1) que l'apparition des hernies après la laparotomie est due plutôt aux erreurs de l'opérateur, qu'à un défaut de prudence de la part des femmes malades. Depuis que les procédés et la technique de la réunion se sont perfectionnés, on peut croire que les hernies post-opératoires accompagnant la laparotomie deviendront d'une rareté extrême. Pourtant c'est justement cette partie de la laparotomie, qui fut la plus négligée, car naturellement l'attention des chirurgiens était dirigée vers le perfectionnement de points plus importants. Même jusqu'à nos jours quand on s'occupe de réunir les parois abdominales, on s'inquiète plutôt d'obtenir une bonne réunion par première intention dans le présent, que de prévenir l'apparition de la hernie dans l'avenir.

En résumant ce qui précède, il me semble qu'il ne serait pas sans intérêt d'aborder ici la question de la suture abdominale, notamment au point de vue de la prophylaxie de la hernie. Avant d'apprécier la valeur des sutures abdomi-

(1) PRYOR. On the prevention of ventral hernia after laparotomy. *Medical Record*, 1891, 19 september.

nales généralement employées, je trouve nécessaire d'indiquer les procédés de réunion des parois abdominales les plus usités. J'aurai à noter les particularités suivantes : le matériel employé pour la suture, les différentes formes de sutures, les moyens de réunion des bords de la plaie, et enfin la technique proprement dite de ce procédé.

Comme *matériel* pour la suture, on emploie les matières les plus variées, depuis le crin de cheval jusqu'au fil enveloppé de gutta-percha. Dans ces derniers temps, on a eu recours principalement à la soie et au catgut. On emploie moins le fil d'argent et le crin de Florence. La suppuration des points de suture ne dépend pas autant qu'on se l'imaginait autrefois, du matériel employé pour la suture, mais plutôt du degré de sa stérilisation.

En pratiquant les méthodes de désinfection usitées de nos jours, on peut rendre n'importe quel matériel complètement dépourvu de propriétés infectantes.

Il serait beaucoup plus important d'attacher l'attention à la solidité du matériel employé. Ainsi, par exemple, il est certain que le catgut se fond facilement et ne peut être considéré comme suffisant dans tous les cas.

Quant aux *formes* de la suture employée pour la fermeture de la plaie abdominale, on applique ici les suivantes : suture à points séparés (entrecoupée), à points continus, enchevillée, entortillée et enfin suture mixte, c'est-à-dire celle où on trouve la combinaison de deux formes, par exemple suture à points séparés avec la suture entortillée, ou à points continus, etc. Laissant de côté l'analyse et la critique de ces différentes formes, je me bornerai à noter seulement, que maintenant on emploie surtout la suture à points séparés, comme la plus simple au point de vue de la technique et celle qui permet en même temps d'adapter suffisamment les plans réunis et de nouer les points avec le degré de force qui est nécessaire dans chaque partie de la plaie, dont les bords doivent être réunis. La suture à points séparés doit être combinée dans quelques cas avec la suture

à points continus, cette dernière n'ayant pas les mêmes avantages est pourtant commode grâce à la promptitude de son application.

Dans l'histoire *des méthodes de réunion des parties séparées*, on peut noter deux périodes : 1) où la suture du péritoine était regardée non seulement comme non obligatoire, mais encore comme non désirable, et 2) où la suture du péritoine devient une règle générale.

Dans la première période, quand on évitait de placer les sutures sur le péritoine il existait deux procédés : Dans le premier on réunissait en une fois les deux couches de parois abdominale (cutanée et musculaire) et dans le second, proposé en 1874 par Köberlé, on réunissait isolément les feuillets profonds et ensuite la couche cutanée.

Lorsque Spencer Wells, expérimentant sur les animaux, prouva que les parties de paroi abdominale, qui ne sont pas couvertes du péritoine, s'accolaient facilement aux intestins et à l'épiploon et lorsqu'on a cessé de craindre, grâce aux mesures antiseptiques, l'irritation du péritoine due à la suture et à l'effusion du sang, provenant des piqûres et entrant dans le sac péritonéal, la suture du péritoine est devenue obligatoire.

Les uns, comme Spencer Wells, piquent le péritoine à la distance de 1 — 1,5 centim. du bord de la plaie et nouent la suture, en plaçant ces larges bandes de péritoine l'une sur l'autre (N. B. L'avantage de cette méthode, selon Spencer Wells, consiste dans la formation d'une cicatrice solide ne disposant pas à l'apparition de la hernie). Les autres, comme Martin (1), en passant les aiguilles à travers les parois abdominales obliquement, piquent le péritoine plus ou moins fortement tout près du bord de l'incision.

De nos jours existent les procédés suivants pour la suture de parties isolées de parois abdominales.

(1) MARTIN. *Pathologie et traitement des maladies* de femmes (Trad. russe de Maximoff), 1885, p. 440.

1) La réunion à l'aide d'une ligne de sutures de toute l'épaisseur des parois abdominales, en mettant, selon les nécessités, des sutures superficielles sur la peau. Ce procédé semble être le plus répandu : il est recommandé dans presque tous les traités de gynécologie russes et allemands (1) et en Russie presque tous les laparotomistes le pratiquent.

La même méthode est en usage aussi à Londres, à Samaritan free Hospital, un hôpital spécialement destiné pour les opérations sur la cavité abdominale. Elle est adoptée par Bantock, Thornton et Meredith (2).

2) La réunion isolée du péritoine, des muscles et de la peau à l'aide de rangs de sutures superposés (une ligne de sutures pour chaque couche). Cette forme de réunion est pratiquée par quelques chirurgiens allemands, comme Bergmann et Lücke (3). Elle est aussi adoptée par des chirurgiens français comme Pozzi (4); citons enfin, comme lui étant favorable, entre les chirurgiens russes, Tauber (5). Pour ce procédé on combine quelquefois la suture entrecoupée avec celle à points continus. Pour les sutures internes on emploie ordinairement le catgut.

3) La réunion à l'aide d'une ligne de sutures comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales. Ici, avant de nouer ces sutures on applique un rang isolé de sutures sur l'aponévrose.

---

(1) HOFMEIER. *Grundriss der gynäkologischen Operationem*, 1888, p. 298. HEGAR UND KALTENBACH. *Die operative Gynäkologie*, 1881, p. 271. MARTIN, *loc. cit.* FRITCH. *Maladies des femmes* (Trad. russe d'Oretschtin), 1889, p. 419. SCHRODER. *Traité des maladies de femmes* (Trad. russe de Fridberberg), 1879, p. 339. KRASSOWSKY. *Ovariotomie* (en russe), 1868, p. 15. HORWITS. *Traité de pathologie et thérapie*, etc. (en russe), 1883, vol. II, p. 429. SLAWIANSKY. *Pathologie et thérapie de maladies de femmes* (en russe), 1888, p. 648. SOLOWIEFF. *Gynécologie opératoire* (en russe), 1888, p. 352.

(2) TAUBER. *Les écoles contemporaines de chirurgie* (en russe), 1889, vol. I, chap. IV.

(3) TAUBER. *Les écoles contemp. de chir.* (en russe), vol. II, 1890, p. 99 et 643.

(4) POZZI. *Traité de gynécol.*, 1890.

(5) TAUBER. *Les écoles contemp. de chirurgie*, vol. II, 1890, p. 239.

Cette suture est employée par Wylie (*l.c.*), qui réunit l'aponévrose à l'aide du catgut ou de la soie. La même suture est adoptée à l'Institut clinique de la Grande Duchesse Hélène Pavlowna par le professeur Dr D. de Ott, avec cette différence, que la suture interne comprend non seulement les bandelettes d'aponévrose, mais encore les muscles et que pour cette suture on n'emploie pas le catgut, mais exclusivement la soie. Le mode de réunion des parois abdominales à l'Institut clinique se résume en ceci : on pique par les sutures toute l'épaisseur des parois abdominales, en introduisant les aiguilles et en les faisant sortir près des bords de l'incision. Ensuite, avant de nouer la première suture profonde, dans l'espace placé entre cette suture et la suivante, on superpose une ou deux sutures musculo-aponévrotiques. Après cela seulement on commence à nouer les sutures correspondantes, traversant toute la paroi abdominale. De la même manière, à mesure que les sutures profondes sont nouées, on superpose et on noue les autres sutures musculo-aponévrotiques jusqu'à la fermeture complète de la plaie.

Cette application successive des sutures musculo-aponévrotiques, à mesure qu'on noue les sutures profondes, permet de s'orienter le mieux, de savoir le nombre et le lieu d'application des sutures musculo-aponévrotiques afin d'obtenir la réunion des bords de l'aponévrose.

Pour finir, entre les sutures profondes, on applique sur la peau, suivant les besoins des sutures superficielles. Inspiré de la même idée, le Dr Mouratoff (1) a réuni les parois abdominales, exécutant l'opération de la hernie de la ligne blanche (hernie suite de couches) ; après avoir incisé le tissu cutané et après avoir réuni les muscles droits trop séparés à l'aide de sutures à la soie placées sur les bords saignants de ces muscles, il plaça quelques sutures, traversant la peau et toute l'épaisseur des muscles droits, mais ne traversant pas le péritoine, puisque dans ce cas il ne fut pas ouvert.

(1) Mouratoff. Sur la cure radicale de grandes séparations des muscles droits comme résultat des couches. *Wratch.*, 1891, n° 45.

4) Cette année Pryor (*l. c.*) a proposé une suture spéciale pour les cas où l'épaisseur de la couche adipeuse dépasse 2,5 centimètres. Cette suture s'exécute ainsi : on réunit isolément le péritoine et la couche musculaire, on incise la peau avec la couche adipeuse, qu'on ne réunit point, mais après arrosement avec une solution de sublimé on la tamponne à l'aide du marli sublimé (gaze sublimée). On laisse ainsi la plaie pour qu'elle se cicatrise par seconde intention. Selon l'auteur (Pryor) de cette suture, la cicatrice de la peau, qu'on obtient, est constituée par un tissu très plan, qui forme un tout complet avec la cicatrice par première intention de la couche musculo-aponévrotique et remplace le tissu adipeux trop tendre et la peau qui peut se distendre. Cette cicatrice, en se contractant, diminue considérablement l'espace dans lequel peut se former une hernie. Pryor est tellement sûr de la solidité de cette suture, qu'il laisse ses malades après l'opération sans ceinture abdominale.

Quant à la *technique* de l'application des sutures, il faut noter ici, qu'en passant les aiguilles à travers les parois abdominales il est à désirer de ne pas séparer le péritoine et la peau des tissus sous-jacents. L'introduction des aiguilles de dehors en dedans ou exclusivement de dedans en dehors comme on le proposait autrefois, semble être bien indifférente. Plus importante serait la manière de nouer les sutures parce que nouées trop fortement ou trop faiblement elles donnent des résultats insuffisants. Il me serait difficile de donner ici des indications exactes concernant la quantité des sutures. La distance entre les sutures fondamentales dépendant de l'épaisseur des parois abdominales, peut varier entre 1 et 2 centim. et plus. Il est évident, que moins sera grande la quantité des sutures, mieux cela sera, puisque chaque suture jusqu'à un certain degré traumatise, pour ainsi dire, les tissus. D'un autre côté il est facile à comprendre, qu'un nombre insuffisant de sutures serait plus nuisible qu'un excès. Après l'incision des tumeurs trop volumineuses, lorsque le péritoine et la peau sont fortement distendus, Hegar (*l. c.*)

et Wylie (*l. c.*) conseillent avant de débuter par la réunion de la plaie abdominale, d'exciser en bandes les parties superflues des couches abdominales distendues.

Mais lequel des procédés décrits serait le plus rationnel en matière de réunion de parois abdominales pour prévenir les hernies ?

Pour que la hernie se produise il est nécessaire en général qu'il existe une ouverture, un canal, une fissure, à travers desquels pourrait sortir au dehors le sac herniaire avec son contenu Dans les cas ordinaires de hernies abdominales cette porte pour l'entrée du sac herniaire avec son contenu présente l'anneau ombilical, les canaux : inguinal et fémoral, fosse ovoïde, foramen ischiodicum, etc. Ainsi, pour la formation de la hernie de la ligne blanche serait indispensable aussi la formation d'une ouverture, ou d'une fissure dans cette région. Cette fissure peut se former seulement à l'aide de la dilatation de l'espèce qui sépare les muscles droits de l'abdomen. Dans les conditions ordinaires la réunion ou le rendez-vous de ces muscles sur la ligne blanche, qui constitue le point de rencontre de tous les ligaments abdominaux, offre, selon les anatomistes, la partie la plus solide de la paroi abdominale.

Voilà pourquoi les hernies de la ligne blanche sont rares et apparaissent ordinairement après la grossesse.

Mais ces conditions se changent dès que l'intégrité de cette aponévrose est rompue par une laparotomie. Tant que la soudure aponévrotique, formée après laparotomie et réunissant les muscles abdominaux, est intègre, la hernie ne peut se former.

Mais dès que cette cicatrice s'étend, s'atrophie et disparait, intervient l'isolation des muscles droits de l'abdomen et alors, sous l'influence de la pression intra-abdominale se forme fatalement le prolapsus du péritoine et du tissu cutané. En ce moment les cicatrices mêmes assez larges et solides du péritoine ne peuvent plus prévenir la formation de la hernie, d'autant plus, que celle-ci est due non seulement

à la tension des cicatrices mêmes, mais aussi à la dilatation de districts cutanés et péritonéaux avoisinant ces cicatrices.

Un certain obstacle à la formation de la hernie peut exister dans les couches adipeuses sous-cutanée et extra-péritonéale bien développées avec lesquelles sont liés plus ou moins intimement le péritoine et la peau et qui servent à soutenir considérablement leur solidité et leur élasticité. Mais si, d'un côté des couches adipeuses sous-cutanées et extra-péritonéales bien développées peuvent jusqu'à un certain point empêcher l'apparition de hernies de la ligne blanche, de l'autre l'excès de graisse dans les parois abdominales faisant pendre le ventre, grâce aux conditions mécaniques, constitue un élément prédisposant à la formation de la hernie. Pour cette raison il faut porter grande attention, pour prévenir la hernie, a chez les malades maigres, ayant les couches adipeuses sous-cutanée et extra-péritonéale atrophiées ou insuffisamment développées, ainsi que chez les malades grosses avec le ventre pendant.

En me basant sur ce qui précède, j'arrive à la conclusion, que la principale condition prévenant l'apparition de la hernie serait une forte réunion de la couche musculo-aponévrotique. Si on prend en ligne de compte, que les enveloppes des muscles droits, qui se lient au milieu de l'abdomen en ligne blanche, ne sont que les ligaments aussi des muscles transversaux internes et externes (obliques et transverse), qui, en se contractant, dilatent l'aponévrose de la ligne blanche, projetant en dehors les muscles droits, il sera facile de comprendre quel grand travail devra supporter la cicatrice aponévrotique, formée après la laparotomie.

C'est à ce point de vue que je veux considérer et apprécier la valeur des sutures abdominales sus-mentionnées.

Quant à la suture à un étage il faut noter les points suivants : 1) On peut adopter presque comme règle générale, que l'aponévrose abdominale pendant la laparotomie doit être disséquée non pas sur la ligne blanche, mais au-dessus d'un

des muscles droits, et si nous supposons que cette aponévrose soit disséquée par exemple sur le muscle droit du côté droit. elle doit être attirée de même côté, alors ce muscle sort de son enveloppe, d'où on l'extrait. Après avoir introduit les fils à travers toute l'épaisseur des parois abdominales en masse, pendant la fermeture de la plaie, l'aponévrose contractée n'entre pas en contact avec le côté correspondant. Dans ce cas le muscle ou le tissu adipeux séparent les bords et laissent dans la plaie un point non défendu (faible). Dans quelques cas, après la dissection de l'aponévrose, les muscles eux-mêmes se rétractent un peu dehors, de sorte qu'au moment de la fermeture de la plaie le contact entre ces muscles est moins complet qu'entre les bords de la peau et du péritoine, qui, surtout après l'ablation de grosses tumeurs, présentent même un excès du tissu.

2) Avec ce procédé pour obtenir au plus tôt possible le parallélisme complet des plaies réunies, il est nécessaire de nouer fortement les sutures, surtout quand les parois sont épaisses. Dans ce dernier cas il y a presque inévitablement un écrasement plus ou moins prononcé des tissus, surtout peu favorable pour la couche graisseuse peu nourrie de vaisseaux sanguins. Par suite de cet écrasement de la couche graisseuse peuvent se former des abcès intrapariétaux qui, ne contenant pas peut-être du véritable pus peuvent contenir des détritus graisseux, du tissu mortifié, entravant jusqu'à un certain point par leur présence la réunion solide des couches profondes des parois abdominales.

3) Cette suture à un étage, même si elle est fortement nouée, n'assure pas toujours un parallélisme complet et constant des plans de la plaie se trouvant en contact. En tout cas si les muscles droits se dilatent, elle suit leur mouvement. Plus les parois des enveloppes abdominales sont épaisses, et plus les sutures sont faibles, plus il y a à craindre de ce côté. Enfin pour séparer les muscles droits et pour les déplacer il existe, dès les premiers moments qui suivent l'opération, une série de causes parfois difficilement observées. Telles sont :

le vomissement, la toux, le météorisme et plus tard la défécation. Citons aussi la contraction et la tension des muscles droits l'abdomen que peut influencer considérablement l'élévation de la tête dans la position horizontale du corps, ce que chacun peut vérifier sur sa propre personne. Malheureusement on donne peu d'importance à ces faits dans la période post-opératoire.

4) On retire ordinairement vers la fin de la seconde semaine les sutures; si nous prenons en égard, comme je l'ai mentionné déjà, la fonction, qui doit être accomplie par la cicatrice aponévrotique fraîche, même si la malade se trouve en repos plus ou moins complet, il faut admettre que la cicatrice restant sans soutien (c'est-à-dire sans suture) pendant les premières semaines peut subir une distension qui favorisera l'apparition de hernies et c'est au grand risque des malades que nous les laissons sans sutures au bout d'un délai trop court.

Ainsi nous voyons, que la suture à un étage, dont la préférence indubitable consiste en ce que sous le rapport technique, elle est bien simple, ne peut satisfaire aux exigences que demande la prévention de la hernie. Quelques laparotomistes, n'attachant pas trop de confiance à cette suture, emploient la suture à plusieurs étages. Mais cette dernière, bonne pour prévenir la hernie, est trop complexe. Sous ce rapport la plus simple méthode est celle, où la suture générale enveloppe toute l'épaisseur des parois abdominales, et où l'on ajoute une seconde ligne de sutures pour réunir la couche musculo-aponévrotique. La réunion isolée du péritoine, en dehors de la suture générale, est superflue. Olshausen (1) a fait 12 dissections post-mortem de malades opérées avec la suture de Köberlé, qui ne comprenait pas dans sa suture le péritoine, mais seulement la bandelette sous-péritonéale, et dans aucun de ces cas Olshausen n'a trouvé sur la surface interne de la paroi abdominale des tissus qui ne fussent pas couverts de péritoine. Pour cette raison cet auteur pense qu'il suffit d'introduire l'aiguille fortement par-dessus le péritoine en la

piquant dans la bandelette sous-péritonéale, pour être sûr, que le péritoine se réunira par deux plis assez larges et formera une cicatrice solide et lisse. La méthode de réunion des parois abdominales suivant laquelle, en dehors de la suture générale profonde, on place isolément la suture aponévrotique, est pratiquée, comme je l'ai dit auparavant, par Wylie et dans l'Institut clinique. La différence entre la méthode de Wylie et celle adoptée chez nous, consiste en ce que : 1) Wylie réunit seulement les bords de l'aponévrose, tandis que nous, nous embrassons dans la suture aussi le muscle ; par ce procédé l'aponévrose subissant la réunion supporte moins de traumatisme et la suture devient plus solide. 2) Wylie pour la suture aponévrotique emploie quelquefois le catgut, tandis que nous employons exlusivement la soie. Le catgut, comme les observations le démontrent, peut quelquefois se fondre dans les tissus même pendant les premiers 3 jours. Mais il est évident que le but de cette suture est surtout la consolidation, autant que possible durable, des bords de la couche musculaire. Faut-il ajouter à ce propos, que puisqu'il est impossible dans chaque cas donné de garantir la solidité du catgut employé, il est dès lors raisonnable de défendre le principe, que pour chaque suture à demeure, destinée à donner une consolidation autant que possible durable des tissus fondamentaux de la plaie, on doit se servir non pas de catgut mais de soie (la soie peut rester dans les plaies 6 — 8 semaines). La soie fine désinfectée et stérilisée ne contenant pas des substances désinfectantes irritant les tissus et n'étant pas trop fortement nouée, n'irrite pas plus que le catgut. Sortant de ces considérations, nous nous permettons de croire, que l'intention du Dr Mouratoff (*loc. cit.*) de réunir les muscles droits avec le catgut, n'est pas juste, et cet auteur admet ce point de vue en se basant seulement sur ce que dans un de ces cas une des sutures en soie suppura et empêcha pour longtemps la formation de la cicatrice sur un point de la plaie.

La méthode de la réunion des parois abdominales que nous examinons, grâce à l'introduction de la suture musculo-

aponévrotique à la soie, répond aux exigences de la suture abdominale au point de vue de la prévention de la hernie, savoir : 1) elle garantit suffisamment le parallélisme des plans réunissants de la plaie, qui est le plus souvent empêché par la dilatation des muscles droits de l'abdomen. Dans cette méthode les sutures profondes peuvent être nouées moins fort que dans celle de la suture ordinaire à un étage et le nombre des sutures peut être diminué. 2) Les couches correspondantes de la plaie s'adaptent suffisamment et la couche musculo-aponévrotique qui joue un si grand rôle dans la prévention de la hernie se réunit par cette suture très solidement, car elle reçoit deux sutures : une générale et l'autre sa propre suture. 3) Après l'ablation des sutures générales superficielles et profondes de la plaie, on garantit pour longtemps l'intégrité de la jeune cicatrice aponévrotique, qui est soutenue par les sutures spéciales jusqu'à la résorption de la soie.

Cette suture n'étant employée à l'Institut clinique que depuis un an, nous ne pouvons pas, en indiquant les résultats obtenus, citer tous les cas de son application. Nous citerons seulement deux cas.

Dans un de ces cas il s'agit d'une malade atteinte de tumeur maligne de la cavité du bassin. Cette tumeur ne put être enlevée par la laparotomie. Depuis cette opération, faite au mois de mars de l'année passée, par suite d'une grande ascite on a été obligé de faire quelques ponctions abdominales. La circonférence du ventre, la malade étant maigre, arrivait parfois à 130 centim. Les muscles droits ne s'écartèrent cependant pas. Dans le second cas, après la laparotomie, survinrent durant 8 jours des vomissements fréquents et un météorisme bien prononcé. A l'autopsie la suture musculo-aponévrotique n'était interrompue nulle part, les bords de la plaie ne furent pas incisés par les sutures. Point de signes d'irritation due aux sutures. Bien que les résultats obtenus par l'emploi de cette suture ne soient pas encore trop longtemps observés, il faut des années pour les

évaluer, elle mérite attention : 1) parce qu'elle supprime quelques défauts de la suture à un étage généralement adoptée ; 2) elle est fondée sur la critique des conditions de l'anatomie topographique ; 3) le principe du procédé décrit, superposition de la suture interne sur la couche musculaire donne déjà des résultats depuis longtemps obtenus par rapport aux groupes musculaires pouvant être considérés comme antagonistes des muscles abdominaux : je parle des muscles du périnée. L'application de cette méthode pour la réparation du fond du bassin donne des résultats meilleurs que la simple suture à un étage.

Maintenant quelques mots sur la suture de Pryor. Cette suture, sans doute, doit donner de bons résultats, grâce, non pas à la cicatrice cutanée, mais principalement à la bonne réunion de la couche musculo-aponévrotique. Mais si c'est ainsi, vaut-il la peine de soumettre des malades aux inconvénients de la seconde intention. Chez Pryor l'incision, 20 centim. de grandeur moyenne, se cicatrise en 4 semaines. L'incision de longueur de 13 centim. de profondeur, en 8 semaines.

OVARIOTOMIE DANS LE COURS D'UNE SEPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME PROLONGÉE. GUÉRISON

Par M. le Dr **Le Roy des Barres**.
Chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis.

La nommée Berthe F..., âgée de 29 ans, est admise à l'hôpital de Saint-Denis, le 29 septembre 1892, où elle occupe le lit n° 16 du pavillon IV.

Fille de parents vigoureux, réglée à 16 ans, elle a elle-même toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de décembre 1891, époque possible du début de son kyste ovarique.

Mariée à l'âge de 20 ans, en décembre 1883, elle a eu quatre enfants ; ses trois premières couches, du reste très faciles, n'ont été suivies d'aucun accident; mais, pendant le cours de sa qua-

trième grossesse, elle a éprouvé, à différentes reprises, dans la fosse iliaque gauche des douleurs assez violentes pour l'obliger à garder fréquemment le lit; néanmoins le 31 juillet 1892, elle accouchait avec la même facilité que les trois premières fois et la présence d'une tumeur abdominale n'était pas alors constatée.

Suivant son habitude, trois jours après son accouchement, elle quittait le lit; toutefois, reprise d'une plus violente douleur que de coutume et d'un frisson intense, elle devait aussitôt se recoucher. Le lendemain la douleur persistait avec la même acuité, le ventre était ballonné, la fièvre vive et des vomissements verdâtres avaient lieu.

Durant une quinzaine de jours, la péritonite qui s'était déclarée donna la plus grande inquiétude à son médecin, et, quand les accidents péritonéaux tendaient à prendre fin, un épanchement pleurétique se développait dans le côté droit de la poitrine.

Bien que le ventre eût cessé d'être aussi douloureux, il augmentait cependant de volume et la fièvre persistait.

Tombée progressivement dans un état extrême de faiblesse et de marasme, souffrant en outre d'une phlébite qui avait envahi la jambe gauche, cette malade accepta alors son transport à l'hôpital.

Le 30 septembre, nous trouvons cette femme dans notre service; elle est épuisée et dans un état d'émaciation qui contraste d'une façon singulière avec le développement du ventre dont la circonférence mesure $1^m,02$ immédiatement au-dessous de l'ombilic. Tous les signes propres aux collections liquides enkystées sont d'ailleurs réunis et, dans les circonstances où cette poche s'est formée avec une si grande rapidité, le diagnostic de kyste de l'ovaire, vraisemblablement suppuré, pour nous, s'impose. La plèvre droite est encore le siège d'un épanchement, peu abondant il est vrai, et sur le membre inférieur gauche nous constatons l'existence d'une phlébite limitée au mollet et au creux poplité.

Toutes ces localisations morbides, la marche et la date d'apparition de leurs symptômes nous autorisent, pensons-nous, à les attribuer à une forme prolongée de septicémie puerpérale plutôt qu'à des complications engendrées par la présence d'un kyste dont l'accroissement singulièrement rapide n'a été du reste que postérieur à l'accouchement et consécutif en particulier à la péritonite, sans méconnaître cependant que parmi elles la pleurésie

a été rencontrée un certain nombre de fois en coïncidence avec les kystes de l'ovaire (1).

La malade, dont l'urine ne renferme que 5 gr. 44 d'urée par litre, est aussitôt soumise à une médication antiseptique et reconstituante ; sous l'influence de ce traitement intense il ne se produit qu'un amendement peu marqué de l'appareil fébrile ; si la température du matin en effet tombe le 4e jour et oscille dès lors entre 37°,5 et 38°, celle du soir se maintient élevée et dépasse même 39°. Le ventre pendant ce temps continue à augmenter et arrive à causer par son volume une gêne excessive de la respiration, force est donc de pratiquer le 11 octobre 1892 une ponction palliative qui donne écoulement à six litres d'un liquide purulent d'odeur putride.

A la suite de cette intervention on constate un grand soulagement avec rémission des accidents, la fièvre tombe et le thermomètre ne dépasse plus 38° pendant sept jours, en même temps que le taux de l'urée de 5 gr. 44 par jour se relève à 12 gr. 81. La malade accepte aussi quelques aliments, reprend quelques forces tandis que s'améliore l'état de la poitrine et de la jambe.

Un examen minutieux ne révélant aucun trouble grave du côté de l'utérus et des annexes, toutes les dispositions sont alors prises pour procéder à l'ovariotomie dès que l'amélioration sera plus nettement accusée ou même, au cas plus fâcheux, où de nouveaux accidents éclateraient.

Le 19 octobre l'urée étant retombée à 5 gr. 38 dans les 24 heures et le thermomètre atteignant le matin 38°,7, l'intervention, sans plus tarder, est décidée pour le lendemain.

Le 20, dans la matinée, nous pratiquons cette opération avec l'assistance de nos excellents confrères MM. les Drs Dupuy, médecin de l'hôpital, et Ferrier, chirurgien-major de la garnison, de M. Favière, pharmacien de l'hôpital, de MM. Gioranomi et Sion, internes de l'établissement et de mon fils, externe des hôpitaux.

Cette ovariotomie est fort longue, 2 heures 3 minutes, et très pénible en raison des adhérences nombreuses, solides et intimes de la poche avec l'intestin et la cavité pelvienne.

Le kyste uniloculaire extrait en totalité, après une ponction qui laisse écouler environ quatre litres de pus fétide, avait son point d'attache sur l'ovaire gauche, d'ailleurs sain, par un pédicule non

---

(1) Buffet. *Normandie médicale*, 15 janvier 1889.

tordu et fort grêle qui, après ligature à la soie, a été abandonné dans la cavité abdominale. Celle-ci, après une toilette soignée faite avec des compresses et de l'eau stérilisées, est drainée, à cause de l'étendue des adhérences et de la difficulté de l'hémostase, à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée, puis la plaie est fermée par trois plans de suture dont les deux profonds avec surjets à la soie phéniquée et le troisième aux crins de Florence, et enfin est appliqué un pansement antiseptique et compressif.

Les suites de cette opération ont été des plus simples.

Le 20. Dans la soirée, pouls faible à 120; température 39°; soubresauts fréquents, quelques vomissements.

Le 21. Après une nuit assez agitée cependant, la malade accuse un grand bien-être, sa physionomie est bonne, elle prend un peu de bouillon, de lait et de champagne. Le pouls est à 100; de 39°, 7 le matin, la température s'abaisse à 39°,3 le soir.

L'urine, extraite toutes les trois heures par le cathétérisme, s'élève à 800 gr. qui renferment 25 gr. 62 d'urée.

Le 22. Ventre souple, indolore; quelques vomissements aqueux; pouls 92; température 38°,3 le matin et 38°,1 le soir.

Le 23. Selle jaunâtre dans la matinée; température 37°,3.

L'analyse de l'urine du 21 et du 22 octobre faite par M. Favière, pharmacien de l'hôpital, indique 24 gr. 31 d'urée le 21, et 24 gr. 63 le 22 octobre.

Le 24. Température normale, alimentation légère.

Le 25. Premier pansement, le drain de gaze est extrait.

Le 26. La malade urine seule et abondamment. L'épanchement pleurétique est à peu près résorbé et la phlébite ne cause plus qu'un peu de gêne.

Le 29. Deuxième pansement le neuvième jour, les crins de Florence sont enlevés, la réunion est complète excepté à l'endroit où passait le drain.

1er novembre. État excellent, depuis lors la convalescence se fait régulièrement, la malade se lève le 10 novembre, c'est-à-dire le 20e jour, et le 25 décembre, entièrement rétablie et ayant une cicatrice abdominale très solide, longue de six centimètres 1/2, elle quitte, munie d'une ceinture hypogastrique, l'hôpital où elle n'était restée aussi longtemps que pour réparer ses forces.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette opérée récemment, elle est dans un état florissant de santé et ses règles ont reparu.

Nombre de résultats heureux ont été publiés par Engstrom (1) de l'ovariotomie en cours de gestation avec continuation régulière de la grossesse, auquel nous ajoutons celui d'ovariotomie double que relatait dernièrement devant l'Académie, M. Polaillon (2).

Cette opération a été aussi faite, à notre connaissance, peu de temps après l'accouchement, le 4e jour (Tait), le 53e jour pour un kyste suppuré (Cauchois) (3), ces deux fois sans succès, au bout de 35 jours avec réussite pour Terrillon (4) dans un cas qui a sur plusieurs points beaucoup d'analogie avec le nôtre, mais pour lequel cependant n'est pas indiquée la dissémination des localisations septicémiques.

Si nos recherches bibliographiques ont donc été assez étendues notre observation complète la série des succès obtenus par les interventions de cette nature pendant les suites de couches pathologiques, ou, dans le cas contraire, vient simplement en grossir le nombre encore restreint.

Quand bien même l'ovariotomie aurait déjà procuré la guérison dans des circonstances aussi défavorables, ces faits certainement sont rares et celui-ci nous paraît avoir un intérêt réel, car il établit nettement que la septicémie puerpérale ne doit pas être regardée comme une contre-indication absolue à la cure radicale des kystes de l'ovaire, sans laquelle du reste, cette femme, arrivée à la période ultime d'une septicémie prolongée, était vouée, croyons-nous, à une mort certaine et pas éloignée.

(1) ENGSTROM. *Annales de gyn. et d'obst.*, novembre 1890.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1892.

(3) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, t. XI, nos 9 et 10, p. 607-614.

(4) TERRILLON. 6e série de 35 ovariotomies. *Bulletin général de thérapeutique*, 1890.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE (1)

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS (*Suite.*)

Par MM. le Dr **L. Picqué**, chirurgien des hôpitaux de Paris
et le Dr **P.-R. Charrier**, ancien interne des hôpitaux et du service chirurgical de gynécologie de Lourcine-Pascal.

2e SECTION. — **Lésions non suppurées des annexes.**

Les observations que nous publions aujourd'hui ne sont pas des observations de pyo-salpingites. On ne peut pas affirmer cependant que le pus n'a jamais existé dans les trompes malades, dégénérées, parenchymateuses, que nous avons enlevées, mais en revanche, ce que l'on peut dire, c'est qu'au moment même de l'opération, il n'y avait plus de suppuration appréciable.

Les quatre premières observations présentent une étiologie analogue sinon identique. Ce sont, ou des fausses couches avec rétention placentaire, métrite hémorrhagique, etc., ou des accouchements à terme mais avec délivrance incomplète et infection consécutive. Dans les trois premières, chaque malade a subi un curettage au moins, pour les métrorrhagies qu'elles présentaient au début; dans tous ces cas, l'opération fut insuffisante et la laparotomie devint nécessaire ultérieurement. Il y a, nous semble-t-il, dans des faits semblables, et ils sont nombreux, un enseignement à dégager.

On sait, en effet, combien efficace en général et radicalement efficace est le curettage dans les cas de métrite hémorrhagique. Comment expliquer l'insuccès dans nos observations.

D'une façon bien simple, croyons-nous. Dans tous ces cas, le curettage a été pratiqué trop tard, alors qu'il y avait déjà

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juin 1893, p. 548.

des lésions incurables du côté des annexes. S'il est vrai. comme l'un de nous a été le premier en France à le dire, que le curettage est un traitement indirect de certaines salpingites, on doit ajouter que seules les salpingites récentes catarrhales, congestives non suppurées, bénéficient réellement du curettage. Dans les autres formes de salpingite, les lésions sont trop invétérées pour être modifiées par le curettage; d'ailleurs, la métrite qui a précédé la salpingite et en a été le point de départ, ne tarde pas à devenir, par son aggravation ultérieure, une lésion réellement consécutive secondaire à cette salpingite, lorsque celle ci est invétérée, ancienne, chronique; dans ces cas, la métrite devient pour ainsi dire symptomatique de la salpingite, elle a été cause, elle devient effet; il en est alors de cette métrite comme de certains coryzas chroniques dont la cause est une lésion osseuse des cornets, de la cloison, etc. Aussi, dans ces cas, le curettage est-il inutile.

Il l'est donc doublement, et par l'altération trop invétérée des annexes, et aussi par le caractère symptomatique de la métrite.

Nous ne saurions trop insister sur ce point. D'ailleurs les accidents consécutifs aux fausses couches, aux accouchements septiques, présentent plusieurs étapes bien nettes et bien distinctes quant à leur traitement par le curettage.

Comme l'un de nous l'a déjà écrit dans un petit mémoire publié par les *Archives de médecine*, juin 1891, il faut pratiquer le curettage d'emblée après l'accouchement ou après la fausse couche, lorsqu'il reste dans la cavité utérine des débris placentaires; qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de fièvre, que ces débris soient ou non infectés, il faut les enlever et nous ne pensons pas que l'irrigation continue suffise. Si cette opération très bénigne était plus souvent pratiquée, à la suite d'avortements ou d'accouchements suspects, nous pensons qu'on éviterait un grand nombre d'accidents tardifs et de lésions définitives.

Nous dirons donc : 1° Qu'un curettage précoce doit être

opposé de propos délibéré aux accidents précoces de puerpéralité ou d'infection post abortum qui se produisent si souvent dans les cas de délivrance incomplète. 2° Nous dirons que si l'on n'a pas assisté à cette première période, si l'on a pas pu faire un curettage précoce et qu'on soit appelé auprès d'une femme présentant ces métrorrhagies incessantes, incoercibles, dont la gravité résulte de leur persistance, de leur durée, plus que de leur abondance, et que l'on constate l'existence de la métrite hémorrhagique seule, sans qu'il y ait en même temps de lésions des annexes, ici encore, et l'on pourrait appeler ces accidents les accidents secondaires de la puerpéralité ou de l'infection post abortum, on doit pratiquer le curettage ; il est rare dans ces cas qu'on ne guérisse pas du premier coup la métrite et les hémorrhagies. L'un de nous, dans un mémoire déjà cité (Du curettage précoce, *Arch. méd.*, juin 1891) a rapporté l'observation très intéressante d'une femme ayant présenté des accidents typhoïdes graves consécutifs à une infection du dehors et qui, traitée par le curettage, quitta notre salle d'accouchements non seulement tout à fait guérie, mais présentant un utérus de 6 c 1/2 aussi net comme col qu'un utérus sain de multipare : or il est probable que cette femme, si elle avait guéri de ses accidents septiques sans curettage, aurait conservé un gros utérus hémorrhagique en rétroversion. Mais il est évident qu'il faut, surtout quand il s'agit de cas anciens, avant de prendre la curette, faire un examen minutieux, poser un diagnostic précis, mesurer la cavité utérine, s'assurer que vraiment il s'agit d'une métrite placentaire si l'on peut ainsi dire ; éliminer le fibrome, le cancer du corps, etc., qui sont les erreurs les plus faciles à commettre lorsqu'on se trouve en présence d'une métrite hémorrhagique avec gros utérus, gros col, etc. ; il faut également songer aux faits plus rares de métrorrhagies consécutives à des lésions d'ovarite chronique, avec varicocèle tubo-ovarien, comme l'un de nous a eu l'occasion d'en observer un cas avec M. Pozzi.

Restent enfin les accidents de la 3e période, accidents tertiaires s'il est permis d'ainsi les appeler. Ces accidents ont un développement insidieux. Après la fausse couche, après l'accouchement il y a de la fièvre, une poussée péritonitique, les annexes augmentées de volume sont douloureuses, l'utérus est gros, l'involution se fait mal, on assiste au développement d'une déviation, latéro et rétroversion. Au début surtout, outre les douleurs, les pesanteurs dans le bas-ventre, il y a un écoulement purulent venant du col au spéculum ; le col gros est ulcéré, les règles sont irrégulières, hémorrhagiques ; surtout le point capital, c'est la douleur de chaque côté du ventre avec sensibilité au toucher qui a pu faire craindre dès les premiers jours à un abcès péri-utérin et qui n'était en réalité que la manifestation symptomatique de lésions des annexes irréparables. Dans ces cas la métrite subséquente n'était pas la cause, mais l'effet. Aussi tous les traitements, s'adressant seulement à l'utérus ont-il échoué. Dans ces cas et d'ailleurs sont ceux que nous avons eus à traiter, la laparotomie est seule indiquée avec ablation des annexes des deux côtés, ce traitement est d'autant plus rationnel que les trompes sont en général oblitérées et ne peuvent plus servir ni à la menstruation ni à la fécondation.

Un point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est sur la différence des lésions utérines et péri-utérines consécutives à l'avortement ou à l'accouchement septiques avec celles qui sont la conséquence de l'infection blennorrhagique. Au point de vue utérin nous avons déjà insisté dans le chapitre précédent sur les différences à cet égard entre les lésions des annexes. Lorsqu'il s'agit de l'infection puerpérale presque toujours les lésions des annexes s'accompagnent d'une métrite hémorrhagique du col et du corps surtout du corps ; le fond de l'utérus est augmenté de volume, et souvent il y a un défaut d'involution déterminant une rétroversion de la matrice avec tous les troubles qui accompagnent cette déviation.

On comprend du reste ce fait pathologique si on se rap-

pelle que le placenta s'insère le plus souvent dans le fond de l'utérus entre les deux cornes ; aussi lorque la délivrance est incomplète et qu'il reste plus ou moins de placenta inséré sur le fond, le point d'insertion est celui qui commence à être malade, c'est le foyer de l'infection ; c'est souvent en ce point que quelques débris placentaires solidement insérés gardent, pendant les jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement, une vitalité obscure, qui peut les laisser inoffensifs (nous avons déjà dit qu'il n'y a rien d'absolu à cet égard), surtout lorsque l'accoucheur ou le chirurgien, soupçonnant l'existence de ces débris par l'état du placenta, a pratiqué les lavages intra-utérins qui ont maintenu aseptiques ces débris.

C'est pour cela que dans nombre de cas les accidents hémorrhagiques n'apparaissent qu'au bout du mois qui suit l'accouchement. La première époque dans ces cas est une véritable hémorrhagie, si on pratique alors un examen de l'utérus, si on fait l'hystérométrie, on constate que le corps utérin est considérablement augmenté de volume, que le col est gros et que la cavité utérine, ayant subi cet accroissement proportionnel, mesure 8 ou 9 centimètres. Si on interroge la malade, il est rare qu'elle n'avoue pas avoir éprouvé de la fièvre après son accouchement, fièvre qui a duré plus ou moins longtemps, mais qui a existé.

Quant aux pertes blanches, c'est certainement un des symptômes les plus fréquents, et aussi un de ceux qui ont la moindre valeur lorsqu'on ne pratique pas l'examen microscopique du liquide épais ou non, jaunâtre ou blanchâtre, qui sort de l'utérus. Il y a, il est vrai, des femmes qui ont une véritable métrite post abortum sans aucune autre infection blennorrhagique ou autre qui n'ont que des hémorrhagies comme symptôme morbide.

Dans nos observations, nous ne saurions trop insister sur la ténacité des hémorrhagies, sur la nécessité où nous nous sommes trouvés de pratiquer la castration, ne pouvant venir à bout des hémorrhagies par le curettage. Dans l'observation n° 2, la malade avait, pour ainsi dire,

autant d'infections que de grossesses. De plus, nous ferons remarquer que son opération fut retardée par une bartholinite. Il est donc probable que chez cette malade comme chez beaucoup d'autres, l'infection fut mixte, puerpéro-gonorrhéique ; ce qui explique vraisemblablement les adhérences résistantes qui furent trouvées pendant l'opération ; c'est aussi ce qui explique à nos yeux l'insuccès du curettage.

Pour nous, les faits que nous avons observés nous permettent de conclure.

La métrite blennorrhagique est une métrite du col, avec lésions profondes intra et extra-glandulaires, le gonocoque pénètre les cellules, car c'est le seul microbe qui puisse infecter un épithélium sain, c'est pour cela qu'une endométrite du col est presque toujours suivie de lésions tubaires et péritubaires avec adhérences très résistantes.

L'infection puerpérale aiguë détermine rapidement la phlébite et la lymphangite utérine et péri-utérine par le strepto coque, d'où très souvent abcès de la trompe de l'ovaire, ou même phlegmon du ligament ; ce sont les pyosalpinx les plus étendus et les plus dangereux.

Lorsque l'infection puerpérale est atténuée, lorsque la virulence du streptocoque est faible, il n'y a pas à proprement parler de suppuration de voisinage, mais il y a inflammation de la muqueuse du corps : endométrite végétante, et défaut d'involution ; la muqueuse peut devenir fongueuse et polypeuse : hypertrophie du corps, rétroversion et métrite hémorrhagique.

Les formes mixtes de métrite sont les plus rebelles, ce sont presque toujours des métrites avec gros col ulcéré, écoulement catarrhal abondant, et métrorrhagies. Dans ces cas, rarement les trompes sont saines, elles sont parenchymateuses et les ovaires scléreux, elles entretiennent les lésions de l'utérus, car elles sont à la fois la cause et l'effet.

Nous dirons un mot de l'avant-dernière observation pour insister sur le danger qu'il y a parfois à vouloir enlever et détruire toutes les adhérences. Dans ce cas il y eut déchirure de l'intestin et petite fistule persistante.

C'est pour un cas analogue, que l'un de nous, dans la dernière observation, se refusa à pousser plus loin l'opération, se contentant de rompre le plus d'adhérences possible, sans chercher à enlever les annexes. Le résultat, qui fut excellent et dépassa notre attente, prouve cependant que, dans les cas de ce genre, il suffit souvent de rompre les adhérences principales et non toutes les adhérences pour obtenir sinon la guérison du moins presque la guérison.

Obs. I. — *Double salpingectomie pour oophorosalpingite chronique. Hystéropexie pour rétroflexion. Guérison*

La nommée H..., Victorine, âgée de 30, ans couturière, entrée le 4 mars 1890, salle Pascal, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, règles abondantes, 3 grossesses : première à 18 ans, normale, suites de couches normales. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, on lui ordonna un pessaire qu'elle garda deux ans. A cette époque, elle cessa de le porter. Depuis la première grossesse, leucorrhée et douleurs dans le bas-ventre. Deuxième grossesse 3 ans après, accouchement normal. Elle se lève le 20e jour, les douleurs et les pertes blanches reprennent avec sensation de pesanteur dans le petit bassin. Soignée par M. Siredey pour des ulcérations du col et une rétroflexion. Troisième grossesse un an après, accouchement normal avec présentation du siège, quelques jours après la malade eut la fièvre et des frissons (infection puerpérale atténuée). Elle se lève le 20e jour, les mêmes symptômes réapparaissent. La malade se décide à entrer à l'hôpital le 25 mai 1889. Soignée à Pascal, elle y subit un curettage et une opération de Schrœder. La malade bénéficie peu de cette intervention.

Aussi en septembre 1889, elle revient dans le service ; M. Picqué lui fait une restauration du périnée qui avait été lésée pendant les accouchements.

En mars 1890. La malade revient se plaignant de sensation, de pesanteur dans le petit bassin, et de douleurs dans le bas-ventre (surtout du côté gauche). Ces douleurs sont augmentées par la marche et la station debout. Même augmentation d'intensité au moment des règles. La malade accepte l'opération.

Le 9 avril. Laparotomie : Ablation des annexes du côté gauche et du côté droit.

Lésions identiques des deux côtés et caractérisées par des ovaires scléro-kystiques et des trompes enflammées et parenchymateuses. L'utérus rétrofléchi est fixé à la paroi abdominale.

Suites opératoires : excellentes. Premier pansement le 19 avril. Réunion par première intention.

7 juin. La malade quitte l'hôpital, l'utérus est resté dans sa nouvelle position. La malade se trouve soulagée et accuse seulement une petite douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. Cette douleur nous a semblé siéger au niveau du pédicule des annexes de ce côté.

Obs. II. — *Salpingite et péri salpingite très adhérentes des deux côtés. Ovaires scléro-kystiques. Double salpingectomie. Guérison.*

La nommée P.., Ernestine, âgée de 36 ans, ménagère, entrée le 11 février 1890, salle Pascal A, lit n° 4.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. La malade a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 14 ans pour la première fois. Elle a eu plusieurs grossesses, la 1re à 18 ans, la 2e à 21 ans. Au moment du retour de couches de cette seconde grossesse, la malade a eu une métrorrhagie très abondante qui a duré six semaines environ. Ces pertes étaient constituées par du sang rouge mélangé de caillots et s'accompagnaient de douleurs assez intenses, siégeant au niveau des fosses iliaques. A la suite de ces métrorrhagies, la malade déclare qu'elle a beaucoup souffert pendant un mois. Les douleurs siégeaient au niveau du bas ventre, elles s'irradiaient de là vers les lombes. Elles étaient réveillées par les mouvements (la toux, la marche...). Au bout d'un mois, la malade va mieux, les douleurs ont disparu ; néanmoins elles réapparaissent de temps à autre, mais sans coïncider avec l'époque des menstrues ; celles-ci sont normales. Les accès douloureux durèrent 4 à 5 jours et ne s'accompagnaient pas de fièvre ; ils datent de la seconde grossesse, c'est-à-dire depuis 15 ans. 3e grossesse à 27 ans.

Il y a 2 ans la malade a été soignée dans le service de M. Pozzi pour une métrite hémorrhagique. En effet, pendant six mois, la malade dit avoir été continuellement dans le sang. Ces métrorrhagies augmentaient d'intensité au moment qui correspondait

aux menstrues. Elles s'accompagnaient de douleurs. Elle fut curettée alors dans le service. A la suite de cette intervention, les douleurs s'amendèrent, puis disparurent ; quant aux métrorrhagies, elles persistèrent encore quelque temps pour disparaître ensuite définitivement. En effet, depuis cette époque, il n'y a plus eu de métrorrhagies et les douleurs n'apparaissaient que lorsque la malade se surmenait.

Il y a 15 jours, les douleurs ont fait de nouveau leur apparition, avec les mêmes caractères qu'il y a deux ans, c'est-à-dire pesanteur au niveau des lombes, sensation de tiraillement dans le petit bassin, des deux côtés. La malade accuse de plus de la pesanteur au niveau de l'anus, ses selles sont douloureuses. Quant aux mictions, elles sont normales. Il faut cependant signaler que la marche, la station debout prolongée faisaient naître parfois des envies d'uriner fréquentes et impérieuses.

Au moment de son entrée, la malade est dans un état de santé satisfaisant. Un premier examen donne peu de renseignements, vu la difficulté extrême que présente l'exploration des annexes. La pression est douloureuse au niveau de la région ovarienne et surtout à droite. Un examen sous le chloroforme est jugé nécessaire; M. Picqué porte alors le diagnostic suivant : Utérus en antéflexion très prononcée. Ovaire kystique à droite; à gauche on sent que les annexes sont également malades et adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas.

M. Picqué décide l'ablation des parties malades. L'opération, retardée par l'apparition d'une bartholinite, fut pratiquée le 25 mars

Préliminaires habituels des laparotomies (bains, purgation...). La malade est préparée et soumise à la chloroformisation. Incision de 5 centim. L'opération est faite sans incidents ni difficultés. On enlève à droite, un ovaire malade, présentant des lésions assez avancées de dégénérescence kystique, la trompe est dilatée et adhérente. Elle présente les lésions de la salpingite parenchymateuse, ces lésions étaient anciennes. Elle était adhérente dans le cul-de-sac de Douglas. Ces adhérences sont rompues assez facilement, elles ne donnent lieu qu'à un léger suintement sanguin. A gauche, les lésions de l'ovaire sont moins avancées, à peine quelques kystes dont les plus volumineux ne dépassaient pas la grosseur d'un petit pois. La trompe est également malade, mais les adhérences sont ici plus nombreuses et plus résistantes.

Les différents temps de l'opération ne présentent rien de particulier.

25 mars (soir 36°,4). Vomissements fréquents dans la journée, respiration superficielle. 26 mars : Matin 37°,5. Soir 37°,6. La malade vomit encore pendant toute la journée (bile, glaires). A la suite, la malade se plaint fortement de douleurs à l'épigastre. Ces efforts ont réveillé également des douleurs dans l'abdomen et surtout au niveau de la plaie. 27 mars : 37°,4-38°. Les vomissements persistent. On doit les rattacher au chloroforme, car il n'y a rien du côté de l'abdomen, la pression n'en est pas douloureuse, il n'y a pas de tympanisme. 28 mars : 37°,6-37°,8, les vomissements ont disparu et la malade se sent bien mieux, elle commence à se nourrir, la plaie n'est plus douloureuse. Les jours suivants, il n'y a rien de particulier à signaler.

1er avril. Premier pansement, réunion par première intention, on sectionne le fil profond sans le retirer. Pansement à la gaze iodoformée. 9 avril, deuxième pansement, on retire le fil profond, la cicatrisation est complète.

La malade est partie pour le Vésinet le 12 mai, complètement guérie. Elle a eu ses règles le 1er mai, elles ont été assez abondantes et ne se sont accompagnées d'aucune douleur. Cependant, quelques métrorrhagies ayant reparu dans le cours de l'année 1890, la malade fut curettée et depuis cette époque la guérison a été complète et s'est maintenue — février 1891.

Obs. III. — *Laparatomie pour oophoro-salpingite du côté gauche. Ablation des annexes de ce côté. Guérison.*

La nommée R..., Alexandrine, âgée de 28 ans, corsetière, entrée le 8 février 1890, salle Pascal A, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'une maladie de la moelle ; sa mère était, dit-elle, hydropique et elle avait une tumeur dans le ventre. Sa grand'mère avait un squirrhe de la matrice. De onze enfants, il n'en reste que deux, tous les autres sont morts en bas âge avant 2 ans.

Antécédents personnels. — A l'âge de 5 ans, rougeole, variole, scarlatine ; à l'âge de 2 ans, elle fut violée ; à la suite de cela elle fut, jusqu'à l'âge de 7 ans, couverte de boutons, principalement à la la figure, mais depuis aucune manifestation de ce genre ne s'est produite. Réglée à 10 ans 1/2, régulièrement, mais en petite quan-

tité. Pertes blanches dans l'intervalle ; elles étaient constituées par un liquide blanc, glaireux.

Première grossesse à 16 ans, interrompue 3 mois après , resta 6 semaines au lit à la suite de sa couche, ayant de fortes pertes, des frissons et de la fièvre. A 19 ans, nouvelle grossesse, pendant toute la durée de la grossesse elle eut des pertes de sang. A 8 mois, elle alla consulter à la Charité de Lyon ; elle avait alors les jambes enflées et de l'albumine dans les urines, on la fit accoucher prématurément à 8 mois ; accouchement d'un enfant vivant après 48 heures de travail, pendant lesquelles il y avait eu des pertes de sang assez intenses, l'enfant vécut 3 mois, il ne portait aucune trace d'éruption. N'a pas nourri son enfant, malgré cela elle n'eut pas de retour de couches, elle était redevenue enceinte un mois après son accouchement.

Cette nouvelle grossesse présenta les mêmes incidents, c'est-à-dire pertes de sang dès le début. A 7 mois, elle eut une perte d'eau dans laquelle il y avait du sang, dit-elle. L'enfant naquit vivant, mais mourut 3 semaines après. Les jours suivants elle eut de la fièvre, le ventre enflé, on lui dit qu'elle avait une péritonite. Elle eut plus de 40° de fièvre, resta un mois malade.

Un mois après, cette nouvelle couche, elle redevint enceinte; pendant 4 mois elle perdit encore du sang, elle avait seulement sa chemise tachée de sang, aussi ne se croyait-elle pas enceinte, lorsqu'à 4 mois elle alla voir une personne qui avait la variole et on l'engagea en sortant de là à prendre un bain très chaud, elle avorta le soir même. Elle ne fut pas malade et resta huit jours au lit.

Six mois après, nouvelle grossesse, pendant laquelle elle perdit du sang en petite quantité, mais d'une façon continue. Elle accoucha à terme spontanément d'un enfant vivant. Se plaça comme nourrice, mais commença à souffrir du ventre. Elle eut ses règles à partir de 4 mois et dans l'intervalle de ses règles, elle avait des pertes jaunes. Fut nourrice pendant 16 mois.

Elle resta alors 2 ans 1/2 sans nouvelle grossesse et n'eut pendant cette période aucun rapport et se porta très bien. Mais au bout de ce temps, elle redevint enceinte. Les pertes de sang recommencèrent tous les mois pendant toute la durée de la grossesse ; dans le dernier mois l'hémorrhagie fut continue ; elle accoucha à terme d'un enfant vivant qui vit toujours. Séjour d'un mois au lit avec des accès de fièvre persistante. Il y a de cela 20 mois.

Elle subit à Lyon, en février 1889, un curettage.

Depuis cette époque, elle a dû cesser tout rapport, car chacun d'eux s'accompagnait de douleurs violentes, de pertes de sang. Dans l'intervalle de ses règles, qui venaient toujours en retard, même tous les deux mois, elle avait des pertes blanches.

Entrée à Pascal, le 13 décembre 1889. Le 21 décembre, M. Picqué lui fit un Schrœder et un curettage. Actuellement elle est de retour du Vésinet, et présente les symptômes suivants :

Elle se plaint de douleurs dans les reins et la fosse iliaque gauche, elle a toujours des pertes blanches avec un peu de sang; la plaie de l'opération de Schrœder est entièrement cicatrisée. On sent dans le cul-de-sac gauche et en arrière une tumeur du volume d'une grosse noix, peu mobile, très douloureuse et se délimitant mal d'avec ces parties voisines.

La laparotomie est pratiquée le 24 février. Anesthésie sous le chloroforme. Incision médiane allant de l'ombilic à 5 centim. environ au-dessus du pubis. Incision de la ligne blanche et du péritoine. On introduit une main dans la cavité abdominale pour se rendre compte de l'état des annexes. L'ovaire gauche est augmenté de volume, volume d'une voix, il est très bosselé, scléreux. On procède à son excision avec la trompe du même côté. On place une pince sur le pédicule, ligature de Lawson Tait à la soie et cautérisation au thermocautère de la tranche. Les annexes du côté droit sont laissées en place. Toilette du péritoine et des intestins. Suture en surjet de l'incision péritonéale. Suture musculaire. Double plan de suture superficiel et profond réunissant la peau. Toutes ces sutures sont faites au catgut. Pansement à la gaze iodoformée, recouverte d'ouate hydrophile, d'ouate et d'un bandage de corps. Le soir de l'opération, la température tombe à 35°, le pouls est imperceptible, le facies grippé. On lui fait des injections d'éther, on lui fait inhaler plusieurs ballons d'oxygène. La température au bout de 2 heures remonte à 36°,5.

25 février. La malade s'est plaint de douleurs épigastriques, elle a eu quelques vomissements et a des nausées incessantes. On lui fait des piqûres d'éther et des inhalations d'oxygène. Les nausées sont combattues à l'aide de la glace et d'un sinapisme au creux de l'estomac.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°, mais l'état général inquiétant du soir de l'opération a totalement disparu.

Les suites sont normales, le premier pansement est fait au bout de huit jours, on coupe les fils profonds. Un mois après, la malade se lève et part pour le Vésinet avec une ceinture.

Cette malade, revue en juillet, se plaint toujours de douleurs dans le bas-ventre. Elle a des pertes de sang très fréquentes. Elle doit subir un nouveau curettage.

Obs. IV. — *Laparotomie pour doubles lésions des annexes. Hémato-salpinx droit. Salpingite parenchymateuse gauche. Opération. Guérison.*

La nommée L..., Eliot Nelly, âgée de 32 ans, sans profession, entrée le 15 octobre 1891, salle Pascal A, lit n° 15.

Antécédents. — Mariée à 22 ans. Pertes blanches aussitôt après. Fausse couche de 1 mois 1/2, 2 mois après, suivie de pertes qui ont duré 15 jours et de douleurs dans le ventre Se rétablit petit à petit. Accouchement il y a 3 ans 1/2, normal, mais délivrance complète seulement 5 jours après ; on enlève alors des débris de placenta assez volumineux. La malade se relève 3 semaines après, guérie. Il y a 2 ans 1/2, fausse couche de 1 mois, suivie de pertes qui durent 8 jours et de pelvi-péritonite (frissons, fièvre, douleurs de ventre) soignée par des applications de glace (intra et extra). Se rétablit au bout de 4 mois seulement. Au mois de juillet rechute, pelvi-péritonite. Depuis lors : règles durant 3 jours, peu abondantes. A chaque menstruation, douleurs dans le ventre, dans les cuisses et surtout *dans les reins*. Leucorrhée peu abondante.

A son entrée à Pascal, elle se plaint surtout de douleurs dans le ventre et dans les reins. A l'examen, tumeur grosse comme le poing dans le cul-de-sac du côté droit, empiétant dans le cul-de-sac postérieur. Beaucoup moins grosse à gauche. Diagnostic : Pyosalpinx probable et pelvi-péritonite.

Laparotomie le 12 novembre 1891. Du côté droit : kyste du volume du poing à paroi très mince et à contenu séreux qui se rompt dans le ventre sous les manœuvres de décortication. La trompe volumineuse est dilatée en une tumeur grosse comme un œuf (hémato-salpinx) incluse dans le ligament large et très adhérente. M. Picqué parvient néanmoins à la décortiquer, au prix d'efforts considérables. Une ligature est posée sur le pédicule près de la corne utérine. Du côté gauche : trompe également très adhérente, grosse comme 2 doigts, recourbée en forme de crosse. A la coupe,

on constate que les parois de la trompe sont très épaissies (salpingite parenchymateuse). Tamponnement de Mikulicz après lavage du péritoine.

Suites de l'opération : Le 15 novembre, les 2 lanières intérieures du tamponnement de Mikulicz sont enlevées, le sac est laissé encore en place. Bon état général et local.

Obs. V. — *Salpingite parenchymateuse du côté droit. Périsalpingite séreuse du même côté. Laparatomie. Guérison.*

La nommée L..., Marie, âgée de 30 ans, couturière, entrée le 4 août 1891, salle Pascal A, lit nº 6.

Réglée à 13 ans. Étant jeune fille les règles étaient douloureuses, dans l'intervalle, pertes blanches abondantes. A 14 ans, fièvre typhoïde. A la suite, phlegmatia double qui retint la malade trois mois au lit. Les règles furent deux ans sans reparaître. A l'âge de 18 ans, après un retard de deux mois, hémoptysie. Il y a 8 ans, accouchement normal, la malade ne nourrissant pas, les règles ne reparurent que cinq mois après. Elles sont depuis plus abondantes et durent de 4 à 5 jours.

Actuellement, la malade souffre dans les reins et des deux côtés de l'abdomen dans la région des annexes. Les douleurs s'exaspèrent au moment des règles. Dans l'intervalle, les pertes blanches sont abondantes. Depuis le 6 juillet surtout, la malade souffre de douleurs intenses à gauche, ces douleurs éclatèrent pendant les règles à la suite d'un refroidissement. La malade éprouva une douleur vive dans le ventre qui fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante; depuis ce jour la malade a perdu en rouge presque continuellement, et c'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital. Les pertes sont peu abondantes. Il existe une fièvre légère : 38°. Lors de son entrée on examine la malade : l'utérus est peu mobile, le col moyen, l'orifice est ulcéré, entr'ouvert, les culs-de-sac antérieurs gauche et postérieurs sont libres, à droite, en combinant le toucher et le palper, on trouve une tumeur de la grosseur d'une orange, peu mobile, à grand diamètre vertical, très appréciable par le palper abdominal, lisse, fluctuante, haut située dans le ligament large.

On hésite entre une grossesse extra-utérine et un pyosalpinx, à cause de la fièvre. La malade est opérée le 26 septembre, M. Picqué fait la laparotomie; le péritoine incisé, on trouve une

tumeur fluctuante, transparente, de péri-salpingite séreuse, et une trompe épaissie adhérente ; elle est enlevée, le pédicule lié et la paroi abdominale refermée en laissant un drainage. Huit jours après, en faisant le premier pansement, l'incision avait suppuré, on désunit les lèvres de la plaie et l'on fait le pansement tous les deux jours avec de la gaze iodoformée, la malade va bien. Le 11 octobre, la malade se plaint d'une douleur vive dans la jambe droite. En l'examinant, on voit qu'elle est augmentée de volume, œdémateuse. Une douleur très manifeste existe suivant le trajet de la saphène, on diagnostique une phlegmatia. La malade est condamnée au repos absolu.

Le 15 novembre, la malade se lève complètement guérie, seule sa jambe enfle légèrement dans la situation verticale. Elle quitte le service le 24 novembre, ne souffrant plus.

Obs. VI. — *Laparotomie. Double oophoro-salpingite parenchymateuse. Adhérences très résistantes à gauche. Légère déchirure de l'intestin. Fistule.*

La nommée L..., Marie, âgée de 23 ans, cuisinière, entrée le 17 mars 1889, salle Pascal A, lit n° 6.

Rien de particulier dans les antécédents de cette malade.

Réglée à 14 ans, à 16 ans fièvre typhoïde. Les règles apparaissaient régulièrement, mais elles étaient peu abondantes. La malade se plaint toujours d'avoir eu des pertes blanches. A 20 ans, elle se marie, et c'est de cette époque que datent les douleurs et tous les accidents pour lesquels elle entre dans le service de M. Picqué.

Au moment de son entrée, la malade est assez souffrante, la marche est difficile, elle est obligée de se courber en avant. Tout travail lui est impossible. Le repos au lit, les injections chaudes ne font qu'atténuer légèrement la douleur.

Devant l'intensité de ces phénomènes, M. Picqué décide la laparotomie après examen complet des annexes, qui est fait sous le chloroforme.

Diagnostic : Salpingite double probablement parenchymateuse. L'état des ovaires fut difficile à observer vu les adhérences qui englobaient les annexes.

Opération le 12 mai. — Elle fut pratiquée suivant les règles habituelles. On enlève les annexes des deux côté. Tandis que les an-

nexes du côté droit furent assez facilement enlevées, l'ablation de celles du côté gauche fut des plus laborieuses. Ici, en effet, les adhérences étaient multiples et très solides particulièrement avec les anses intestinales. Malgré cela, leur ablation fut complète. M. Picqué ne jugea pas nécessaire de mettre un drainage de gaze iodoformée.

Examen des pièces. — Trompes très altérées, parois épaissies avec un peu de pus dans la cavité, pavillons oblitérés. Ovaires gros avec de petits kystes.

Suites. — Rien de particulier les premiers jours. Le 3e jour, 38° : ventre douloureux. Les 4e et 5e jours, pas de température, mais le ventre est douloureux. Le 7e jour, premier pansement. La partie inférieure de la plaie est rouge et distendue. On rechange le fil profond. Le catgut est à ce niveau, les lèvres de la plaie s'écartent et laissent échapper un pus séro-sanguinolent très fétide (odeur fécale). On soupçonne une plaie de l'intestin avec petite perforation possible.

22, 23, 24, 25 mai. Rien de particulier. Les jours suivants la malade est soulagée, la plaie est toujours douloureuse.

Le 26. On trouve dans le pansement et mêlées à du pus des substances qui ressemblent à des matières fécales, le pus est toujours fétide. A dater de ce jour, on fait le pansement tous les jours; la partie supérieure de la plaie est cicatrisée, tandis que la partie inférieure devient fistuleuse et laisse échapper pendant longtemps un pus assez abondant. La température du soir n'est jamais très élevée mais est irrégulière. Des douleurs ont réapparu et tout semble indiquer qu'il existe profondément un point infecté, cause des douleurs et de la suppuration.

23 août. La malade part au Vésinet. État général excellent. Douleurs moindres. La fistule purulente persiste, mais a diminué.

La malade revient un mois après. La fistule persiste, la suppuration est toujours abondante; la malade a engraissé ,mais elle a le teint des malades qui suppurent. Pas d'albumine dans les urines. On a fait plusieurs fois l'exploration et le nettoyage de ce trajet fistuleux, mais sans grand succès.

En janvier 1891, la malade est endormie et le trajet fistuleux est largement ouvert, gratté et tamponné à la gaze iodoformée.

Suites. — Disparition des douleurs, mais la suppuration persiste.

OBS. VII. — *Rétroversion adhérente. Douleurs intolérables. Hémorrhagies. Adhérences impossibles à détruire. Laparotomie et guérison néanmoins.*

La nommée W..., Berthe, 28 ans, entrée d'abord à l'hôpital de Lourcine, salle Fracastor, lit n° 1, en juillet 1890.

Cette malade resta plusieurs mois à Lourcine ; à son entrée on avait constaté une rétroflexion très adhérente, sans lésions des annexes appréciables. Cette femme rapportait le début de ses accidents à une fausse couche de 4 mois survenue au mois d'avril 1891. Malgré le traitement, les injections chaudes, dilatations, etc., cette malade souffrait toujours énormément, et de plus chaque mois ses règles étaient hémorrhagiques. C'est alors que M. Picqué l'ayant examinée se décide à l'opérer le 15 décembre 1890. Sous le chloroforme, le diagnostic de rétroversion est confirmé et la laparotomie est décidée, avec l'arrière-pensée de faire à la malade une hystéropexie. Aussitôt le ventre ouvert, on tombe sur un véritable feutrage d'adhérences que rien ne peut vaincre. M. Picqué se contente alors de rompre le plus possible de ces adhérences sans chercher à trouver les annexes qui sont comme perdues au milieu d'une gangue fibreuse. « Parametritis atrophians de Freund. » A grand'peine l'opérateur parvient à libérer en partie la face postérieure de l'utérus qui se redresse partiellement.

Le ventre est refermé et les suites furent excellentes. Chose curieuse, la malade se leva le 21 juin et ne souffrit plus, elle marchait au bout de cinq semaines et, revue dans le courant de l'année 1891, elle se trouvait très bien portante sans douleurs ni hémorrhagies.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

CONCRÉTION PIERREUSE DU PAVILLON DE LA TROMPE. DOULEURS EXCESSIVES. ABLATION PAR LA LAPAROTOMIE. GUÉRISON

Par **M. Polaillon** (1).

Les calculs ou les concrétions pierreuses de l'appareil tubo-ovarien ne me semblent pas avoir été signalés jusqu'à présent. On connaît plusieurs faits dans lesquels les éléments d'une grossesse extra-utérine ont subi la transformation calcaire. Virchow, en particulier, a étudié l'anatomie pathologique des transformations calcaires du fœtus ou de ses enveloppes. Il est toujours facile, dans ces cas, de reconnaître l'origine fœtale de la tumeur. Au contraire, dans le cas que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, il est fort douteux qu'on ait affaire à un lithopédion.

Le 14 juin dernier, je recevais dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, une femme de vingt-six ans, Louise D..., exerçant la profession de blanchisseuse, pour des douleurs névralgiques dans le bas-ventre.

Cette femme, forte, bien portante, bien réglée depuis l'âge de dix ans, n'a point d'antécédents morbides.

Il y a sept ans, s'étant mariée, elle fit une fausse couche de trois mois, provoquée par une chute. Depuis cette époque, point de grossesse.

Les débuts des accidents pelviens sont postérieurs de quatre ans à la fausse couche. Les douleurs, d'abord légères, augmentèrent progressivement d'intensité. Elles survenaient spontanément sous forme de crises, partaient de la fosse iliaque droite et s'irradiaient dans les reins et principalement dans les parties latérales droites de l'abdomen. Les menstrues étaient restées régulières, mais

(1) *Académie de médecine*, 8 août 1893.

s'accompagnaient d'une recrudescence des douleurs. Il n'y a jamais eu d'accidents de péritonite.

Dans les derniers temps, les douleurs étaient continues. Elles s'exaspéraient par la marche et par la station debout. La malade, incapable de tout travail, réclamait instamment une opération.

Le ventre souple, non ballonné, n'était sensible à la pression que dans la fosse iliaque droite. Là, en enfonçant les doigts profondément vers le petit bassin, on provoquait une douleur intense, mais on n'y sentait aucune tuméfaction, aucune rénitence.

Par l'exploration vaginale, je constatai un utérus mobile, indolore, sans déplacement. Rien d'anormal dans les annexes gauches. Mais à la base du ligament large droit, contre la paroi antérieure du petit bassin, le doigt rencontrait un corps très dur, bosselé à sa surface, gros comme une noix. Lorsque le doigt appuyait sur cette petite tumeur, la malade poussait des cris, se renversait violemment en arrière, et accusait la névralgie dont elle se plaignait depuis si longtemps. Tout était sain dans le reste du bassin.

Assez embarrassé pour porter un diagnostic, je me rattachai à l'idée d'une sclérose de l'ovaire avec névralgie.

Je repoussai, d'abord, toute idée d'opération pour une si petite lésion. Mais le repos et les narcotiques n'améliorant pas la situation, je me décidai à intervenir.

Le 14 juillet, je fais la laparotomie.

En allant à la recherche de la trompe et de l'ovaire droits, je trouve profondément la tumeur dure. Elle est fixée à la paroi antérieure du bassin. Je la décolle peu à peu avec le doigt en rompant les adhérences qui l'entourent, et je sens un calcul qui s'énuclée. J'amène la trompe au dehors et aussitôt après le calcul qui s'est échappé dans le bassin. Le pédicule et la trompe étant liés, l'incision abdominale est suturée.

Les suites de l'opération furent très simples. L'opérée souffrit encore, dans les premiers jours, de sa névralgie dans les lombes. Mais peu à peu, toute douleur disparut.

Le 1er août, Louise D... quittait l'Hôtel-Dieu complètement guérie

Le corps pierreux, que je mets sous les yeux de mes collègues, pèse 5 grammes environ. Il est régulier, bosselé, et présente en certains points des circonvolutions analogues aux circonvolutions cérébrales. Il est recouvert d'une couche

de tissu cellulaire qui s'épaissit à sa base et lui forme un pédicule de parties molles.

Il était renfermé dans le pavillon de la trompe, dont les franges ont disparu et sont remplacées par une sorte de poche adhérente au pédicule du corps pierreux.

Comme je n'ai trouvé nulle part trace de l'ovaire, il me paraît certain que ce corps pierreux n'est autre chose que l'ovaire lui-même, atrophié et ayant subi presque en totalité la transformation calcaire.

La trompe, qui porte une légère bosselure vers le milieu de son trajet, présente d'anciennes lésions inflammatoires limitées à son pavillon. Il y a là des lésions identiques à celles de beaucoup de salpingites, dans lesquelles le pavillon s'est fusionné avec l'ovaire.

La maladie paraît avoir débuté par une ovaro-salpingite banale. Mais ce qui est tout à fait particulier et inconnu, c'est la transformation de l'ovaire en une concrétion pierreuse et son enkystement dans le pavillon de la trompe.

J'ai voulu présenter cette pièce anatomique dans son intégrité. Je compléterai l'observation en faisant faire l'analyse chimique et microscopique.

Au point de vue de la clinique, je ne relèverai que l'excessive douleur produite par cette sorte de calcul et la nécessité de l'enlever.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'INFECTION SEPTIQUE ET PYÉMIQUE DE L'UTÉRUS

Par **F. Gartner** (1).

Traduction par le Dr R. Labusquière.

I

Avant que le travail de Bumm (*Recherches histologiques sur la fièvre puerpérale*) (2) n'eût paru dans les annales, j'avais déjà

(1) *Arch. f. gyn.*, 1893, Bd XLIII, Hft 2, p. 252.

(2) *Arch. f. gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 3, p. 398.

entrepris les recherches expérimentales dont il va être question. Ce travail m'intéressait d'autant plus qu'il me donnait la possibilité de comparer les résultats obtenus par Bumm et les miens. Bumm traite seulement de l'utérus puerpéral et de l'infection de l'utérus puerpéral. Or, indépendamment de deux utérus puerpéraux, j'ai pu disposer de deux utérus infectés en dehors de toute puerpéralité.

Il m'a donc été possible de mettre en parallèle le mode d'infection des utérus puerpéraux et celui des utérus non puerpéraux, circonstance d'autant plus heureuse qu'elle vient fournir un appui à cette présomption : *que l'infection puerpérale a les mêmes conditions d'inoculation que l'infection de l'utérus à l'état de vacuité.*

Certainement, les données statistiques pourraient établir cette similitude du mode de l'infection, si l'on fixait le pourcentage des processus septiques et pyémiques à la suite des opérations gynécologiques et après les interventions obstétricales. Dans les deux cas ce sont les mêmes bactéries qui sont les agents de l'infection ; dans les deux cas il s'agit de plaies diversement situées, d'un organe qui, en raison même de sa structure et de sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, est tout particulièrement apte à développer de la façon la plus grave une infection accomplie.

On peut, à la vérité, m'objecter que l'utérus puerpéral et l'utérus normal présentent vis-à-vis de l'infection une réceptivité très inégale, que « les portes d'entrée » pour les bactéries sont dans les deux cas bien différentes, par la raison que l'utérus puerpéral, hypertrophié, pourvu de vaisseaux sanguins et lymphatiques très ramifiés, est, du fait des plaies naturelles produites par l'expulsion du fruit de la conception, plus exposé à l'infection par les staphylocoques ou les streptocoques que l'utérus non puerpéral. Mais, si l'on veut bien songer aux surfaces cruentées, aux plaies que crée par exemple le curettage et l'excision cunéiforme de la portion vaginale, il n'est pas douteux que cette paroi de l'utérus, non gravide, ne saurait constituer une barrière plus efficace contre la diffusion des bactéries, agents de l'infection.

Car, dans cet utérus, non puerpéral, il se trouve suffisamment de vaisseaux lymphatiques et sanguins pour répondre rapidement à une infection par la septicémie ou la pyémie. Si même les données statistiques devaient indiquer une plus forte proportion d'in-

fection après les opérations obstétricales qu'après les interventions gynécologiques, ce n'est pas à la différence d'épaisseur de la paroi utérine, à sa richesse plus ou moins grande en lymphatiques et en vaisseaux suivant les cas qu'il faudrait attribuer ces écarts de proportion, mais plutôt à une négligence notablement plus grande dans les opérations obstétricales, aussi bien qu'à la plus grande difficulté d'aseptiser à fond le canal génital avant d'opérer.

Cette identité du mode de l'infection de l'utérus puerpéral et à l'état de vacuité ressortira du reste des résultats fournis par mes recherches, consignés plus loin.

Mais avant de les exposer, il me faut envisager de plus près le travail de Bumm (1) qui, après Widal, a cherché à jeter, au moyen du microscope, un peu de lumière sur la nature de l'*endométrite puerpérale*. Quant à suivre par le détail tout ce qui a été écrit sur les affections septicémiques et pyémiques de l'utérus, ce serait vraiment entourer le noyau de ce travail d'une enveloppe impénétrable. Et je me bornerai à condenser toutes les opinions qui ont existé et qui existent encore sur ce sujet, dans la proposition qui suit : *Les lympathiques et les veines sont considérés comme les voies de l'infection in puerperio.*

Bumm divise l'endométrite en : a) *putride*, b) *septique*, mais il ajoute qu'il y a des *formes mixtes*, ou combinaisons des deux autres. Dans l'endométrite putride, la couche déciduale superficielle, nécrosée, contient en quantité des bacilles saprophytes et des cocci. Les germes sont séparés des autres portions du tissu utérin par une épaisse couche de leucocytes sanguins, extravasés. Dans cette couche granuleuse ne pénètrent pas de bactéries. Dans l'endométrite septique, circonscrite, l'état anatomique est le même sauf qu'indépendamment des éléments saprophytes ou germes de la putréfaction, il existe encore des streptocoques. Quant aux cas qui aboutissent à une infection générale de l'organisme, ils devraient être classés en deux groupes, suivant que l'infection se généralise par les vaisseaux lympathiques ou qu'elle s'opère par l'intermédiaire des vaisseaux veineux.

Pour les cas du premier groupe, l'état anatomique ressemble à celui de l'endom. septique circonscrite, dont il se distingue seulement par l'épaisseur de la paroi granuleuse ; là aussi la surface

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1892, p. 440.

nécrosée de la caduque contient le même mélange de bactéries. La diffusion des germes infectieux se fait surtout par les gros vaisseaux lymphatiques, mais, seuls, les streptocoques envahissent les tissus profonds, tandis que les bacilles saprophytes restent à la surface.

Dans les formes graves, la couche granuleuse manque complètement. Les streptocoques se diffusent en pénétrant dans les plus fines fentes lymphatiques. De là, ils font irruption dans le tissu ambiant dont ils provoquent la nécrose, ce qui entraîne, autour d'eux, l'accumulation de cellules de réaction. Sur des coupes heureuses, Bumm put voir nettement « *les colonies de cocci s'étendre jusque dans l'infundibulum tubaire pour cesser, brusquement, au niveau du point le plus rétréci* ». De cette constatation, il conclut que « *la péritonite septique ou à streptocoques résulte de la pénétration directe, à travers la paroi utérine et par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, des germes infectieux jusqu'à la séreuse, et que la propagation par l'oviducte est absolument exceptionnelle.* Le revêtement séreux de l'utérus apparaît partout semé de traînées de cocci ».

La forme thrombosique de la fièvre puerpérale (pyohémie puerpérale) offre le même aspect anatomique que l'endométrite localisée : surface déciduale nécrosée, paroi granuleuse dans laquelle ne pénètrent pas de bactéridies, si ce n'est au niveau de l'aire placentaire. A ce niveau, les thrombus veineux constituent un milieu nutritif favorable pour la diffusion des cocci. Habituellement, les germes envahissent les thrombus suivant leur axe, en amènent la désagrégation, et gagnent peu à peu les parois veineuses qui deviennent le siège d'une infiltration de cellules rondes d'autant plus épaisse que les cocci se rapprochent davantage. Les cellules rondes envahissent la lumière du vaisseau qui, finalement, renferme un détritus complexe, formé des résidus de la masse du thrombus, de leucocytes et de germes. Enfin, sur certaines veines, on peut constater les premières colonies qui serviront à la multiplication des germes dans la paroi de ces vaisseaux. Également dans ces formes de l'infection, les éléments saprophytes restent à la surface.

Sur toutes les préparations, Bumm a trouvé comme « unique germe pathogène » le streptocoque.

II

Il me paraît extrêmement important pour l'intelligence de mes préparations micrographiques et leur interprétation exacte, de rapporter succinctement l'histoire clinique des cas que j'ai étudiés et les constatations faites à l'autopsie ; car je pense que de la considération des changements macroscopiques observés pendant la vie et à l'autopsie, on peut tirer, par rapport aux altérations microscopiques, des déductions qui correspondent le plus possible à la réalité des choses et qui, pour le diagnostic et le traitement des affections septiques et pyémiques de la matrice, ne sont pas d'une importance secondaire.

Obs. I. — X..., 25 ans. Dernières règles en mai 1891. Le 10 juin 1891, douleurs abdominales ayant le caractère de contractions. Le 18 juin, écoulement d'eau et de sang ; à partir de cette époque, métrorrhagies se répétant à de courts intervalles. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital (7 décembre), tamponnement fait par le médecin ordinaire, un jour avant par une sage-femme. Le 8 décembre, curettage de l'utérus, raclage de masses friables, rouge blanc. Le soir, temp. 39°,2, cautérisation de la cavité utérine avec l'acide phénique, injections intra-utérines, mais sans chute de la fièvre. Le 27 décembre, *phlegmatia alba dolens* caractéristique, après apparition de douleurs dans la région inguinale droite. Affaiblissement rapide, vomissements. Temp. jusqu'à 40°,5. Langue sale, dyspnée ; *mort* le 10 janvier 1892. Jamais de frisson au cours de la maladie. Diagnostic clinique : *Pyohémie*.

Diagnostic anatomique. — Utérus de volume normal, fibro-myôme nécrosé de la paroi antérieure de l'utérus ; paroi utérine postérieure d'épaisseur normale. Dans le plexus utérin droit, thrombus siège d'infection septique. Thrombus ramollis, en partie suppurés, oblitérants, septiques, se continuant dans les veines hypogastriques, la veine iliaque primitive, la veine cave inférieure jusqu'aux veines hépatiques et aux deux veines rénales. Abcès du lobe gauche du foie (infarctus peut-être infecté et ramolli). Abcès de la rate. Le pus inséré sur l'agar-agar a donné de nombreux streptocoques. Dégénérescence musculaire. Néphrite parenchymateuse.

Le fragment de tissu utérin excisé pour l'examen microscopique a été obtenu par une section sagittale portant sur la paroi utérine antérieure dans toute son épaisseur.

Altérations microscopiques. — L'épithélium cylindrique, le revêtement de la cavité utérine est presque partout renouvelé, il ne manque qu'en quelques points. Immédiatement en arrière de la couche épithéliale, et dans la couche musculaire, sont de nombreux streptocoques et staphylocoques, tantôt réunis en colonies, tantôt disposés en longues et fines traînées, suivant les vaisseaux lymphatiques. Vient ensuite une couche granuleuse (couche de réaction

épaisse, dans laquelle on aperçoit quelques rares cocci enfouis dans l'épaisseur de ce tissu. En beaucoup de points, et entourés de larges bandes de tissu de granulation, se montrent des espaces, des fentes lymphatiques remplis de cocci, et dont les connexions avec les espaces lymphatiques situés en avant de la couche granuleuse sont manifestes. Plus profondément, dans la couche richement vascularisée de la paroi utérine, existent des orifices veineux contenant de nombreux cocci, ainsi que des vaisseaux lymphatiques, tantôt semés de cocci disposés sous forme de fines traînées, tantôt remplis de ces germes. Les travées de tissu utérin normal, qui cheminent entre les parties fibro-myomateuses nécrosées et qui relient les parois utérines interne et externe, représentent également les secteurs de l'infection en voie d'extension. On peut dire de ces préparations, qui mettent en évidence ce mode de l'infection, qu'elles sont classiques.

A un plus faible grossissement, il nous semble avoir sous les yeux des pièces injectées, tant se détachent nettement sur le reste du tissu utérin les lymphatiques et les veines colorées en bleu par les amas de cocci qu'elles contiennent. *Isolément* ou par paires, ces vaisseaux se dirigent à travers la travée musculaire pour se terminer dans la portion externe de la paroi utérine. Dans cette région, ce sont surtout les veines qui sont infectées, tandis qu'un petit nombre seulement de lymphatiques contiennent des cocci. Déjà, vers l'extrémité des travées unitives, c'est-à-dire près de la paroi utérine externe, le nombre des vaisseaux lymphatiques infectés décroît si on le compare à celui de veines intéressées par le processus infectieux ; à un certain moment, il n'y a même plus de veines infectées. Jusque tout à fait au niveau de la séreuse utérine les veines renferment des cocci qui tantôt remplissent, obstruent la lumière de ces vaisseaux, tantôt se cantonnent sur l'endothélium tout en poussant des bourgeons irréguliers. Dans toutes les préparations, il y a indépendamment des streptocoques de nombreux staphylocoques, tandis que l'ensemencement du pus pris dans les veines hypogastrique et iliaque n'a donné lieu qu,à des colonies pures de streptocoques pyogènes.

Un plus fort grossissement permet de constater nettement que les gros vaisseaux bleus sont des veines possédant une paroi et un endothélium accusés, et que les fins vaisseaux sont des lymphatiques, constitués par de simples lacunes de tissu. Sur certains points, j'ai pu mettre en évidence une communication de l'infection veineuse et de l'infection lymphatique, c'est-à-dire qu'il y avait irruption de cocci de lymphatiques dans les veines. L'étude attentive de la préparation montrait bien que l'invasion se faisait dans ce sens, des lymphatiques vers les veines. Dans les masses fibro-myomateuses nécrosées, situées de chaque côté des travées de tissu utérin, reliant la couche interne à la couche externe de la matrice, il y avait aussi de nombreux staphylocoques et streptocoques.

Obs. II. — X..., 34 ans. Excision cunéiforme double pour hypertrophie de

la portion vaginale et métrite chronique. Le second jour après l'opération, température vespérale 37°,6, qui, le lendemain, s'élève à 41°,6. Surface cruentée recouverte de membranes diphtéritiques. Pas de péritonite. Fièvre toujours élevée. Langue sèche, chargée. Le 16e jour, *mort*.

Diagnostic clinique : Septicémie.

Diagnostic anatomique : Péritonite suppurée, enkystée du petit bassin. Hypertrophie splénique septique. Plaie de la portion vaginale recouverte de dépôts diphtéritiques. Veines intactes. Septicémie.

La section faite pour obtenir un fragment destiné aux recherches microscopiques, a coupé perpendiculairement la ligne de suture de la plaie produite par l'excision cunéiforme. Sur la plaie même, existe une couche nécrosée dans et sur laquelle sont de nombreux leucocytes, staphylocoques et streptocoques. Vient ensuite le point d'union des surfaces cruentées, produites par l'excision conique. Tissu de granulation, faisceaux musculaires, lacunes sont disposés pêle-mêle. Au milieu de ces éléments, apparaissent des cocci, tantôt en traînées régulières, suivant les vaisseaux lymphatiques, tantôt irrégulièrement disséminés dans le tissu. Dans les lacunes, pas de cocci. Sur un autre dessin, est figuré un point situé sur les côtés de celui qui vient d'être décrit. Ici, au lieu d'une large surface nécrosée, il n'en existe qu'une mince, fine, à laquelle fait immédiatement suite une couche épaisse de tissu de granulation. Dans les deux couches, et principalement dans la première, apparaissent de nombreux cocci. Par contre, ces mêmes organismes sont très clairsemés dans les tractus musculaires qui viennent après. Cependant, encore ici, on a l'impression que les cocci ont suivi les voies lymphatiques, car ils paraissent pénétrer à travers les faisceaux musculaires, sous forme de fines traînées, présentant tantôt de courtes, tantôt de longues solutions de continuité. Les faisceaux musculaires normaux sont, par places, dissociés par du tissu granuleux qui, sous forme de paroi d'épaisseur variable, circonscrit un tissu amorphe, sans structure, et semé de quelques leucocytes. Au sein du tissu granuleux, on peut constater nettement des canaux lymphatiques qui servent de voie de diffusion à des streptocoques et à des staphylocoques. Également quelques canaux veineux contiennent des cocci fixés aux parois ; mais d'une manière générale, les veines sont libres de micro-organismes.

Vers l'espace de Douglas, la paroi utérine récupère sa structure normale. Toutefois, à la limite la plus externe, elle présente de nouveau des signes non douteux de phénomènes inflammatoires. La séreuse est détruite dans toute son étendue, et transformée en une couche nécrosée, donnant asile à de nombreux cocci, et au-dessous de laquelle existe une large zone de leucocytes extravasés. Ici encore on aperçoit quelques amas isolés de cocci qui se sont frayé la route à travers la musculeuse normale, grâce aux trajets des sutures. De quelle façon ont-ils réussi à pénétrer, à travers la séreuse, dans le cul-de-sac de Douglas ? il n'est plus possible, en raison de la nécrose

avancée de l'épithélium, de le déterminer. Les autres portions de l'utérus offrent des conditions absolument normales.

Obs. III. — X..., 51 ans. Pendant 8 semaines hémorrhagies continues, profuses à la suite d'un *avortement au* 3e *mois*. Curettage fait par un médecin, tamponnement par une sage-femme. Au moment de l'admission à l'hôpital 38°,5. Curettage, ablation de débris abortifs. Le 3e jour, T. 41° fièvre élevée, persistante, pas de frisson. Le 11e jour, *mort*. *Diagnostic clinique* : Septicémie.

Diagnostic anatomique : Utérus puerpéral. Endométrite (dans la cavité utérine, contenu graisseux purulent). Endocardite valvulaire mitrale. Tumeur splénique septique. Veines intactes.

Section intéressant l'utérus dans toute son épaisseur et passant par l'aire placentaire. A ce niveau, la surface interne de l'utérus est légèrement irrégulière ; la paroi utérine a 1 cent. d'épaisseur. Les vaisseaux placentaires sont fermés et libres de thrombus. En aucun point, on ne trouve vestiges de l'épithélium. La surface de la muqueuse est nécrosée et renferme de nombreux streptocoques et staphylocoques. En arrière de cette zone nécrosée, se dessine nettement une ligne de démarcation, à laquelle fait suite une couche graisseuse, épaisse, formée de leucocytes extravasés. Les deux couches couche nécrosée et couche granuleuse, sont en beaucoup de points, interrompues par des glandes, qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans le tissu utérin normal, et dont l'épithélium de revêtement est détruit. Dans les canaux glandulaires et sur les parois des glandes, on aperçoit des traînées épaisses de cocci, staphylocoques et streptocoques qui, suivant plusieurs directions, envahissent les tissus ambiants dont ils provoquent la nécrose. Les conduits glandulaires ne sont pas les seuls points de progression des micro-organismes ; ils se diffusent également à travers la paroi granuleuse, où on les distingue nettement sous formes de fines trainées ou même de petits amas. Après cette migration sans ordre à travers les masses de leucocytes, les cocci utilisent de nouveau les voies canalisées pour s'enfoncer plus profondément dans le tissu utérin normal. Ce sont d'abord les lymphatiques qui servent à ce déplacement, puis, au niveau des couches les plus profondes et plus riches en vaisseaux, ce sont les veines qui les contiennent. Les coccis sont à ce niveau très rares, et il faut chercher avec soin pour découvrir, dans les veines, tantôt sur les parois, tantôt dans la lumière de ces vaisseaux, et au sein de leucocytes, de petits amas ou quelques fines chaînettes de cocci. Un certain nombre de cocci sont en train de traverser la paroi veineuse, tandis que d'autres ont déjà fait irruption dans le tissu ambiant, déjà plus ou moins nécrosé. La portion de la paroi utérine, située en dehors de cette zone richement vascularisée de l'utérus, est presque libre de cocci ; c'est à peine si on en remarque quelques-uns dans les fins espaces lymphatiques. Vers le revêtement séreux de l'utérus, les cocci se réunissent de nouveau en amas. La séreuse elle-même est pénétrée par les cocci, qui

siègent en partie dans la substance unitive des cellules épithéliales pavimenteuses, et en partie sur ces cellules où ils forment une même couche.

Obs. IV. — X..., 30 ans. Avortement artificiel pour hémorrhagies incoercibles, survenues à la suite d'une chute. Décollement manuel du placenta. Version et extraction chez une femme qui avait une temp. de 39°,2, et déjà très anémique. Pendant le puerperium, frisson dyspnée subite, douleur au côté droit de la poitrine. Le 17e jour, mort. *Diagnostic clinique :* pyohémie

Diagnostic anatomique : Couche suppurée au niveau de l'aire placentaire. Thrombose des veines utérines, iliaque, veine cave inférieure, rénales. Embolie de l'artère pulmonaire. Ramollissement puriforme de l'embolie et des thrombus. Anémie profonde ; dégénérescence du myocarde, tumeur splénique septique.

Les fragments de tissu utérin, enlevés pour les examens microscopiques, furent obtenus par des coupes transversales, intéressant l'utérus dans toute son épaisseur, et passant au niveau de l'aire placentaire. L'une des coupes a rencontré une veine thrombosée au niveau de l'aire placentaire. La surface interne est constituée par le placenta maternel nécrosé ; on y reconnaît quelques culs-de-sac glandulaires. Partout, mais surtout à la surface, on aperçoit des amas épais de streptocoques et de staphylocoques. Puis, vient une zone de démarcation, après laquelle se présente une veine thrombosée. de fort calibre. Le thrombus lui-même ne contient pas de cocci. Il est en voie de désagrégation déjà avancée. La paroi veineuse est plus ou moins infiltrée en certains points. En dehors du thrombus et de chaque côté, apparaissent des faisceaux musculaires.

Ils ne renferment que quelques leucocytes extravasés, qui, plus en dehors. s'agglomèrent en une paroi granuleuse épaisse, séparant le tissu sain du tissu malade.

En arrière de cette paroi de réaction, le tissu utérin est, en effet, tout à fait normal. De la couche nécrosée, au niveau de l'aire placentaire, partent deux vaisseaux lymphatiques qui cheminent le long de la veine thrombosée, entre les faisceaux musculaires. Ils contiennent des streptocoques et des staphylocoques qui, çà et là, ont fait irruption dans le tissu musculaire contigu. et produit de petits foyers de nécrose. Les veines, grosses et petites, ne contiennent pas de cocci. Dans l'épaisseur de la couche granuleuse, les lymphatiques tranchent vivement en bandes claires sur les faisceaux musculaires. En cette région, les canaux veineux commencent à renfermer des micro-organismes, et, dans la portion de l'utérus située en dehors de la zone granuleuse, ces vaisseaux sont les seuls qui servent à la diffusion des cocci. Les lymphatiques n'en contiennent plus. De même, la surface de l'utérus se présente sous des conditions tout à fait normales, et reste complètement indemne de germes.

III

Si maintenant nous envisageons d'une façon plus générale les modifications histologiques constatées dans ces cas, si nous réunissons ce qu'ils ont de semblable et d'identique, dans le but de préciser les caractères de la septicémie et de la pyohémie, nous arrivons à des conclusions importantes sur le mode de l'infection dans les deux processus.

Dans les cas 1 et 4, après infection d'un utérus non puerpéral d'une part, et d'autre part de l'aire placentaire d'un utérus puerpéral, on constate des streptocoques immédiatement au-dessous de la face interne de l'utérus, ou sur et dans le placenta maternel nécrosé. De ce point, la diffusion, la pénétration plus profonde des cocci se fait par les voies lymphatiques, à travers la paroi granuleuse (paroi de réaction) située profondément dans la paroi de l'utérus, jusque dans les veines. Ce n'est donc qu'après que les cocci ont traversé la couche granuleuse épaisse, faite de leucocytes extravasés, que nous en trouvons dans les veines; de l'autre côté de la couche granuleuse, les veines en sont totalement dépourvues. Ainsi, *en dehors de la paroi granuleuse, les veines et les lymphatiques ou les veines seulement contribuent au transfert des micro-organismes.*

Les cas 2 et 3, dans lesquels le diagnostic clinique et anatomique fut : septicémie, s'écartent peu dans leurs caractères microscopiques de ceux des deux cas précédents, bien que dans l'utérus puerpéral l'infection fût partie de l'endométrium et que dans l'autre son point de départ eût été dans la portion vaginale. Dans les deux, il y avait une couche nécrosée, semée de streptocoques et de staphylocoques nombreux, puis une paroi granuleuse à travers laquelle avançaient des streptocoques et staphylocoques tantôt isolés, tantôt en amas. Comme unique différence avec le tableau précédent de la pyohémie, on peut noter qu'ici, dans l'utérus non puerpéral, l'infection s'est faite presque exclusivement par les lymphatiques, que les veines n'ont participé que d'une façon très secondaire à la diffusion des micro-organismes, tandis que dans l'utérus puerpéral, et semblablement à ce qui avait eu lieu dans les deux cas de pyohémie, au delà de la paroi granuleuse, seules, les veines constituaient les voies de diffusion des cocci.

De cette étude analytique, se dégage ce fait important que *le substratum anatomique, c'est-à-dire les voies de l'infection pour la septicémie et la pyohémie, après infection de l'utérus puerpéral et normal (non puerpéral) par les cocci de la suppuration, sont les mêmes* (1).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Note sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. Opération de Lanphear.

Depuis que la chirurgie s'est attaquée aux fibromes utérins par des opérations directes, la constante préoccupation des chirurgiens a été le traitement du pédicule, et cela n'a pas trop lieu de nous étonner quand nous songeons à l'évolution, récente en somme, de la technique de l'ovariotomie. Au moment où la pratique du pédicule perdu a trouvé ses adeptes et ses séries heureuses on a pu croire un moment que là était l'avenir de l'hystérectomie pour gros fibromes, (poussé sans doute à cette conclusion par une fausse analogie avec l'ovariotomie) ; mais c'est précisément en ces dernières années, alors que les méthodes de traiter le pédicule intra-

(1) L'auteur termine par des considérations générales qui ont trait à des points restés et qui restent encore obscurs. Ainsi, pourquoi dans un cas y a-t-il septicémie et dans l'autre pyohémie. On a coutume de dire que *streptocoques* engendrent *septicémie*, *staphylocoques pyohémie*. Mais, on connaît parfaitement des cas qui échappent à cette règle. Ce sont des exceptions, déclare-t-on, mais sans chercher à les expliquer. D'ailleurs, dans les quatre cas actuels, il y avait infection mixte, c'est-à-dire association de streptocoques et de staphylocoques. Peut-être objectera-t-on que dans les cas de septicémie, par exemple, les streptocoques sont plus nombreux ? Mais, l'objection ne vaut rien, parce que les recherches faites à ce point de vue démontrent que la proportion de l'une ou de l'autre espèce de micro-organismes ne varie pas nécessairement suivant la variété de l'infection. La raison de la pyohémie ou de la septicémie réside-t-elle dans la nature des *voies de l'infection ?* Pas davantage. Les constatations histologiques démontrent qu'elles sont les mêmes dans les deux cas, etc. Il semble donc que le seul moyen qui reste pour tâcher de résoudre le problème, consisterait à déterminer la composition chimique des cocci.

abdominal se perfectionnaient, ou tout au moins se multipliaient, qu'une autre méthode toute nouvelle a vu le jour qui tranchait le problème d'une façon radicale en supprimant le pédicule lui-même, et on peut dire en somme que l'hystérectomie abdominale totale est un dérivé de l'hystérectomie abdominale à pédicule perdu : l'hystérectomie laparo-vaginale ou méthode de Péan, le procédé de Boldt, celui de Price, celui de Baer, etc., en sont nés d'une façon plus ou moins directe et grâce à eux on trouve la chaîne des transitions ininterrompue entre le procédé de Chrobak, par exemple et celui d'Eastmann d'Indianopolis qui n'est à peu de chose prèsque celui que Bardenheuer, Guermonprez, Doyen, etc., ont suivi.

Tous ces procédés sont aujourd'hui bien connus de tous : les résumer par ordre chronologique n'offrirait que peu d'intérêt. Aussi bien le nouveau procédé de Lanphear que nous résumerons maintenant en peu de mots, nous semble-t-il devoir les supplanter tous, applicable à la presque totalité des cas sans doute, simple dans son exécution et aussi rapide qu'on peut le souhaiter, infiniment plus rapide que tout autre.

Nous prendrons textuellement le mode opératoire dans un article récemment publié par son auteur dans le *Medical Record* (1), nous limitant strictement à la technique et aux résultats qu'elle a donnés jusqu'à présent entre les mains de son auteur.

Soins préopératoires. — La malade sera couchée au moins deux jours avant l'opération; l'avant-veille et la veille de l'opération elle prendra un purgatif salin ; la veille de celle-ci également elle prendra un grand bain savonneux, les organes génitaux seront rasés, l'abdomen et la vulve frictionnés avec de la poudre d'iodoforme et recouverts par un pansement à la gaze iodoformée.

Le matin de l'opération, grand lavement et injection vaginale boriquée.

La malade étant endormie, on lave de nouveau à l'eau chaude et au savon, puis à l'éther toute la région opératoire, abdomen, vulve, vagin et face interne des cuisses. Ces parties sont ensuite lavées avec une solution concentrée de permanganate de potasse jusqu'à ce qu'elles aient acquis une coloration acajou foncé, puis décolorées par une solution forte d'acide oxalique, enfin lavées avec une solution de sublimé corrosif à 1 p. 1000. On pratique une injection

(1) Dr Emory. Lanphear (Kansas City) *Med. Rec.*, 1er juillet 1893, p. 5.

vaginale avec la même solution. A partir de ce moment les antiseptiques disparaissent complètement pour faire place à une asepsie aussi parfaite que possible. Le champ opératoire est entouré et protégé par des compresses stérilisées comme d'habitude et on procède à l'opération.

Instrumentation. — Les instruments nécessaires sont : des bistouris, des ciseaux droits et courbes à pointes mousses, des écarteurs abdominaux, un écarteur vaginal, une petite et une grande pince érigne à crans d'arrêt, deux pinces à pression pour pédicules d'annexes, une aiguille de Deschamps courbée sur la gauche, des pinces hémostatiques, des aiguilles et un serre-nœud (pour le cas où on serait forcé d'avoir recours à l'opération de Péan ou d'Eastmann). Lanphear stérilise simplement ses instruments en les faisant bouillir pendant 5 minutes dans une solution de carbonate (et non bicarbonate) de soude ; puis ils sont placés dans de l'eau stérilisée chaude.

Objets accessoires. — Il faut du catgut gros, moyen et fin en grande quantité, préparé à l'huile de genévrier, des tampons faits d'ouate hydrophile enveloppés de gaze iodoformée (24 au moins) ; de l'eau stérilisée chaude et froide, les objets de pansement habituels.

Assistant. — Il est utile d'en avoir deux ; mais un seul suffit, outre l'anesthésiste et une infirmière.

Opération. — On fait une incision de 4 pouces ou davantage sur la ligne blanche.

Dès que le ventre est ouvert on saisit les annexes d'un côté et on les attire dans la plaie ; on applique alors une pince à pression en dehors d'eux, mais aussi près du corps de l'utérus que possible. On passe alors une forte ligature au catgut en dehors de cette pince, et on coupe le ligament large entre elle et la ligature ; cette dernière doit prendre un pouce du ligament large en hauteur environ ; on peut répéter cette manœuvre en s'enfonçant dans le petit bassin, autant de fois qu'il sera commode ; on fait de même pour l'autre côté et on peut alors facilement amener au jour l'utérus garni de ses pinces. En procédant ainsi que nous venons de le dire on évite les difficultés ordinaires pour amener l'utérus dans la plaie abdominale, et les tiraillements inséparables de ces manœuvres.

Au moment de l'opération, la vessie perd sa forme circulaire et les plis péritonéaux latéraux disparaissent. On incline alors le

fond de l'utérus en arrière, on fait une incision transversale du péritoine et on détache méthodiquement la vessie de l'utérus ; cette incision doit être pratiquée juste en arrière du cul-de-sac vésico-utérin que l'on reconnait facilement au toucher ; la dissection de la vessie se fait en partie avec les doigts, en partie avec des instruments : des ciseaux à pointes mousses par exemple. Quand on est arrivé au voisinage du col, les jambes de la malade sont écartées, l'opérateur passe un doigt dans le vagin et il perfore le cul-de-sac antérieur aux ciseaux. On étend cette incision bilatéralement, exactement comme dans une hystérectomie vaginale, sauf que l'on opère à l'intérieur du ventre.

L'utérus est alors fortement attiré en avant et on procède de même pour le cul-de-sac postérieur ; mais cette séparation est bien moins délicate à cause de la plus faible hauteur du cul-de-sac de Douglas et du moindre danger de perforation du rectum. Quand ce cul-de-sac est largement ouvert, l'utérus est confié à un assistant qui le tire en haut et latéralement ; on introduit alors une pince à hystérectomie de Polk par le vagin, laissant une main dans le ventre pour guider les mors de l'instrument. Il faut placer la pince aussi près de l'utérus que possible pour éviter l'uretère et s'assurer qu'elle atteint le niveau où les ligatures s'arrêtent. Quand on s'est assuré que toutes les parties molles constituant en quelque sorte le pédicule latéral de l'utérus sont bien saisies entre les mors de la pince jusqu'au niveau de la ligature la plus inférieure, la pince est serrée et on procède de même pour l'autre côté.

On coupe alors tout au ras des pinces et *on enlève en bloc l'utérus avec sa ou ses tumeurs et les annexes*. On irrigue alors par l'abdomen jusqu'à ce que tout le sang et les caillots se soient écoulés par le vagin ; le petit bassin est alors épongé et on laisse la vessie et le rectum se mettre en contact. Si quelques points sont à vif de façon à faire craindre la possibilité d'adhérences intestinales, on peut faire quelques points de suture entre le péritoine vésical et rectal, mais jusqu'à présent je n'en ai pas vu la nécessité ; la vessie en retombant en arrière vient en effet s'accoler spontanément au rectum et fermer le petit bassin.

On suture alors la plaie abdominale et on la panse comme pour n'importe quelle laparotomie ; on éponge le vagin et on le remplit doucement de gaze iodoformée.

Dans les cas où la tumeur est trop volumineuse pour qu'il soit possible de procéder ainsi, on mettra une ligature élastique et on amputera ce qu'on pourra ; le reste de l'opération deviendra alors

facile. Jusqu'à ce jour Lanphear a procédé ainsi pour les cas de cancer du col compliqués de tumeur du corps, mais il croit actuellement qu'il serait d'une meilleure pratique de faire l'opération laparo-vaginale de Péan, afin d'éviter la greffe péritonéale du néoplasme.

L'auteur comptait au 1er juillet dernier cinq opérations, toutes pour des cas opératoirement graves, avec 1 décès dû à une ablation trop tardive des pinces qui causa un arrachement des tissus et une hémorrhagie qui enleva la malade.

Ces chiffres sont infiniment trop faibles, on le conçoit, pour baser un jugement sur eux ; aussi est-ce surtout la simplicité de l'opération et sa rapidité (dans le cas n° 3 où il s'agissait de fibromes multiples l'opération fut terminée en 27 minutes) qui nous ont engagé à faire connaître sommairement dès aujourd'hui la technique suivie par Lanphear. W. du Bouchet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE (1)

Tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893.

Duhrssen. — **De la valeur de la dilatation mécanique de l'orifice externe en obstétrique** (2).

L'auteur s'occupe essentiellement du procédé de Mäurer (3) : Ce procédé consiste à introduire à travers le col, au moyen d'une longue

(1) Voyez *Ann. de Gynécol.*, août 1893, p. 141.

(2) Voyez dans les *Annales de gynécologie* de décembre 1888, l'exposé de la méthode de Champetier de Ribes : *De l'accouchement provoqué. — Dilatation du canal génital à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse.* — Au chapitre V, intitulé Indications, se trouvent abordées les questions de *l'accélération du travail* et du traitement *du placenta-prævia, des accidents gravido-cardiaques, de la présentation de l'épaule, de la rétention du fœtus putréfié, de la rétention placentaire* par le même procédé. Il n'est pas une de ces indications qui, depuis lors, ne soit passée, à maintes reprises, entre les mains de Champetier, de Pinard et de leurs élèves, du domaine de la théorie dans celui de la pratique.

(3) *Centralbl. f. Gynäk.* 1887. — La colpeuryse intra-utérine a été avant Mäurer proposée par Schauta *Centralbl. f. Therapie*, Vienne 1883.

pince, un colpeurynter à minces parois, roulé sur lui-même, puis à le gonfler avec de l'eau jusqu'à lui donner le volume d'une tête fœtale, ce qui demande 3/4 de litre d'eau. Puis, c'est là ce qui distingue la méthode de celle de Barnes et de Tarnier, on ne se contente pas de laisser le colpeurynter en place ; par l'intermédiaire du tube dont il est pourvu, on le soumet à une traction modérée mais continue, jusqu'à ce que l'appareil arrive dans le vagin.

Pour la juste appréciation de cette méthode, la solution de questions multiples s'imposait :

1°) *La méthode permet-elle, le placenta étant normalement inséré, de dilater, d'ouvrir en peu de temps le col fermé, pour qu'il soit possible d'extraire un enfant à terme sans difficulté* (c'est-à-dire sans que le col offre encore de la résistance).

2°) *De quelle manière s'opère la dilatation ; offre-t-elle de l'analogie avec la dilatation physiologique ?*

3°) *Le procédé comporte-t-il, par lui-même, des dangers pour la mère ou pour l'enfant :*

Dührssen l'a expérimenté dans les cas suivants :

I. 1 cas d'accouchement artificiel ; bassin généralement rétréci.

II. 3 cas de placenta prævia.

III. 5 cas de version et d'extraction ; bassins plats.

IV. 6 cas de version et d'extraction : présentations vicieuses, dont 3 transversales.

V. 4 cas d'accouchement indiqué par des dangers courus pour la vie de la mère ou de l'enfant.

VI. 3 cas d'inertie utérine primitive avec rupture prématurée des membranes.

Sur ces 22 cas, une fois seulement la portion supra-vaginale du col était ouverte ; pour les 21 autres, le col avait conservé toute sa longueur et admettait de 1-3 doigts. Il faut, pour que le procédé soit applicable, que le col admette au moins un doigt. Il en est ainsi chez les multipares, auxquelles on a affaire le plus souvent, dans les derniers mois de la grossesse ; et, quand chez les primipares ce degré de perméabilité manque, il est aisé de l'obtenir par la dilatation avec des sondes.

Les cas qui offrent un intérêt spécial sont ceux dans lesquels, le col admettant un doigt, on peut grâce au colpeurynter dilater suffisamment le col en quelques minutes et aussitôt faire la

version et l'extraction. Ils sont au nombre de quatre dont 1 cas d'accouchement prématuré et 1 cas de prolapsus avec un col de 8 centim. Tous les enfants vinrent vivants, et toutes les mères eurent des suites de couches normales.

Pour 10 *cas où la dilatation fut faite le col admettant de* 2-3 *doigts.* Dans 1 cas de présentation transversale l'extraction du colpeurynter ne réussit pas tout de suite ; on le soumit alors à une traction automatique obtenue en fixant à l'extrémité du lit le tube étendu de l'appareil ; 4 heures 1/2 après le col était dilaté sous l'influence des contractions énergiques provoquées par l'appareil. Dans un autre cas, bassin plat rachitique, C. Diag. 10 cent., l'extraction du colpeurynter fut laborieuse. Celle de l'enfant fut également pénible, et retardée non seulement par le bassin, mais aussi par l'orifice externe. Cet enfant succomba, mais des suites d'un enfoncement du crâne.

C'est à ce groupe de cas qu'appartient l'unique décès maternel. Il s'agissait d'une éclamptique. La dilatation étant de 2 cent. 1/2, on fit la dilatation qui fut rapidement obtenue, puis la version et l'extraction. Les accès cessèrent. Néanmoins la mort survint, assurément causée en partie par une violente hémorrhagie, conséquence d'une rétention placentaire, et par la délivrance artificielle que cette complication nécessita.

Pour les 8 autres cas, le colpeurynter fut introduit, rempli, et laissé en place, soumis à une traction automatique, modérée, jusqu'à ce que des contractions énergiques fussent provoquées (5 *cas*) *et l'enfant chassé dans le vagin, ou bien jusqu'à ce qu'une dilatation de l'orifice externe eut permis de l'extraire avec facilité.*

Dans un cas, après expulsion spontanée du colpeurynter, la suite de l'accouchement fut abandonnée à la nature. Dans un autre, le forceps fut appliqué; dans les six autres, on fit la version et l'extraction. Deux des enfants succombèrent, un extrait en présentation de la face, un autre dont le poids énorme (poids 5,400 gr.) gêna l'extraction.

La *durée minima* de l'expulsion spontanée du colpeurynter fut 1/4 d'heure ; ce fut un cas de placenta prævia ; l'enfant fut expulsé cinq minutes après. La *durée maxima* fut de 3 heures. Délai minimum jusqu'à l'extraction du colpeurynter 2 heures, délai maximum 6 heures. Pour ces cas, il eût été possible d'opérer

plus tôt l'extraction, mais il n'y avait aucune raison de la hâter.

Quatre fois, le colpeurynter fut introduit, la poche des eaux étant intacte ; une fois il en résulta un déplacement de l'enfant. D'après Dührssen, il convient, avant d'appliquer l'appareil, de rompre la poche des eaux pour prévenir un changement de présentation et une distension excessive de l'utérus.

Résultats. — Une mère morte, mais d'éclampsie ou d'hémorragie par inertie utérine. A l'autopsie, pas la moindre trace de déchirure. Ce mode de dilatation mécanique est assurément de nature à produire des érosions de la muqueuse. Cinq fois, on constata des déchirures du col, mais qui jamais ne s'étendirent jusqu'aux insertions du vagin.

Appliqué avec toutes les précautions antiseptiques, le procédé ne comporte aucun danger pour la mère.

L'auteur a toujours vu le col reprendre parfaitement sa forme normale.

Enfants : Trois morts, deux à cause des résistances énormes causées par le volume exagéré de l'enfant ou par un rétrécissement pelvien, un par suite de la prolongation de l'accouchement, 27 heures après la rupture de la poche des eaux. L'enfant courut des risques du fait de la distension du segment inférieur par le colpeurynter qui produisit un décollement partiel du placenta bas inséré. Néanmoins comme l'appareil amena une dilatation suffisante, on put rapidement extraire l'enfant qui fut sauvé.

En résumé, *cette méthode constitue un procédé qui permet d'ouvrir, en peu de temps, un col incomplètement dilaté ou même fermé, sans danger et suffisamment pour qu'il n'oppose aucun ou seulement un faible obstacle à l'extraction d'un enfant à terme.*

Indications de la méthode : a) *cas où il faut faire l'accouchement prématuré* (l'auteur a pu faire l'accouchemement prématuré en quelques minutes) ; cette rapidité supprime les objections qu'on a élevées contre l'accouchement prématuré dans l'éclampsie *b*) *affections cardiaques* qui rendent si utile une prompte terminaison de l'accouchement ; *c*) *placenta prœvia*. On rompt d'abord les membranes. Si l'hémorrhagie s'arrête, on s'en tient là. Continue-t-elle, on introduit le colpeurynter dans l'œuf ouvert, on le gonfle avec 3/4 de litre d'eau et on soumet le colpeurynter à une traction continue. Comme après la version par manœuvres

combinées, la femme ne perd plus une goutte de sang ; le mieux ensuite est d'attendre l'expulsion spontanée du colpeurynter. En certains cas, la sortie de l'enfant la suit de si près qu'il ne reste plus rien à faire. Si l'hémorrhagie se renouvelle après l'expulsion du colpeurynter, on fait immédiatement la version et l'extraction ; *d*) cas dans lesquels il y a rupture prématurée de la poche des eaux, rétrécisssement pelvien ou position vicieuse du fœtus, et dilatation incomplète ; *e*) cas dans lesquels, le col étant imparfaitement dilaté, la vie de la mère ou de l'enfant est en danger ; *f*) cas où, après rupture prématurée des membranes, il y a atonie utérine. Dans ces cas, le colpeurynter provoque, par la traction automatique continue, des contractions énergiques. Mais il ne faut pas employer plus de 1/4-1/2 litre d'eau, de crainte, par une distension exagérée du segment inférieur, de produire un décollement du placenta s'il était inséré bas.

Contrairement à la version combinée, la méthode actuelle donne la certitude qu'un orifice externe qui a laissé passer un colpeurynter convenablement rempli n'opposera plus aucun obstacle sérieux à l'extraction de l'enfant.

SCHAUTA. — **Rapport sur les indications, la technique et les résultats des opérations sur les annexes.**

1) La fréquence des affections inflammatoires des annexes, d'après les matériaux rassemblés par S., est connue, 1,130 à 6,315, soit une proportion de 17,8 0/0.

2) Quand du fait des modifications inflammatoires, la trompe a acquis l'épaisseur du doigt, on ne doit plus compter sur un retour définitif aux conditions normales.

3) Le diagnostic de la qualité du contenu du sac tubaire (est-il stérile, ou bien renferme-t-il des gonocoques, des streptocoques ou des staphylocoques) ne peut, avant l'opération, être formellement établi ni par les résultats de l'anamnèse, ni par l'examen, ni par la marche de la température.

4) Les températures fébriles s'abreuvent avant l'opération, même dans les cas de contenu stérile, comme elles manquent parfois avec un contenu infectueux (pus à streptocoques ou staphylocoques).

5) L'indication à une intervention chirurgicale est constituée

toutes les fois que les trompes ont acquis au moins l'épaisseur du doigt et qu'il existe des symptômes graves ; mais cette indication existe dès que la démonstration de la présence, de l'accumulation de pus dans les trompes est faite.

6) En ce qui concerne la technique opératoire, l'examen bactériologique, même durant l'opération, du pus, dans les cas où il en est évacué, est d'une importance capitale.

7) Dans les cas de faibles tuméfactions des annexes, quand avant l'opération on n'a pas constaté la présence du pus, on fait l'opération la femme étant dans la « position élevée du siège ». On libère les annexes de toutes leurs adhérences avec les organes voisins ; puis, les ligaments larges étant bien développés, on jette sur ces ligaments ainsi que sur l'isthme tubaire des ligatures partielles ; les annexes sont ensuites enlevées.

8) Quand on a affaire à de volumineuses tumeurs des annexes, on procède de la façon suivante : ouverture du ventre ; extirpation éventuelle des annexes peu malades d'un côté ; libération de la tumeur volumineuse sur une assez grande surface et isolement du reste de la cavité abdominale de cette surface au moyen du péritoine pariétal suturé en bordure. Ponction à travers l'incision abdominale, avec un fin trocart, au niveau d'un point de cette surface extra-péritonéale de la tumeur ; aspiration d'une certaine quantité du contenu, immédiatement examen bactériologique du liquide obtenu. Le contenu, est-il reconnu stérile, immédiatement on défait la suture péritonéo-kystique et l'on extirpe le sac suivant la méthode classique. Au contraire, contient-il des streptocoques ou des staphylocoques, on surseoit à l'opération et ce n'est que 4-5 jours plus tard, quand on a la certitude qu'il s'est fait une barrière, un cloisonnement péritonéal solide, qu'on procède à l'ouverture et au drainage du sac.

9) Dans les cas de poches suppurées volumineuses, situées en contiguïté de la voûte ovarique (ovarialgewölbe), il sera indiqué de faire l'incision par le vagin. Toutefois, en général, la voie abdominale reste préférable parce que, en adoptant l'autre, on se prive du contrôle des annexes du côté opposé, et on renonce à leur extirpation éventuellement utile ; c'est alors qu'on combine avec l'opération vaginale l'hystérectomie totale suivant la méthode de Péan.

10) Quand il s'agit de tumeurs moyennement grosses (du volume d'un œuf à celui d'une orange), on fait la laparotomie en s'efforçant de ne pas léser la tumeur. Quand, malgré les précautions, il y a

irruption du pus, immédiatement on en fait l'examen bactériologique. Le pus est-il stérile ou ne renferme-t-il que des gonocoques, on termine l'opération et l'on ferme le ventre suivant la méthode habituelle. Contient-il des streptocoques ou staphylocoques, on draine le cul-de-sac de Douglas, entré en contact avec le pus, d'après le procédé de Mikulicz.

11) Le drainage du cul-de-sac de Douglas a un double avantage : 1° assurer l'écoulement du pus, 2° réaliser, en amenant la formation rapide d'adhérences, l'isolement de cet espace de la cavité abdominale.

12) Le chiffre de la mortalité pour 216 cas opérés par S., du 3 février 1887 jusqu'au 15 avril 1893, est 13, soit une proportion de 6 p. 100. De ces 13, deux femmes furent tuées par une pneumonie; par suite, ces deux cas malheureux n'appartiennent pas directement au passif de l'opération.

13) Mortalité pour les opérations des annexes quand il n'y avait pas de pus ou que le pus était stérile : 2,8 p. 100 (4 : 144) ; mortalité quand le pus renfermait des gonocoques : 9 p. 100 (3 : 33); quand il contenait des streptocoques ou des staphylocoques : 20 p. 100 (3 : 15). Les cas, rentrant sous la dernière catégorie — laparotomie et irruption du pus — où le drainage fut assuré, donnèrent une mortalité de 16,6 p. 100 (1 : 6); ceux où le drainage ne fut pas fait : 40 p. 100 (2 : 5); dans les cas de laparotomie sans irruption du pus, d'opération en deux temps aussi bien que d'incision par le vagin, la mortalité fut nulle (4 cas).

14) Pour l'appréciation du résultat définitif, Schauta dispose des nouvelles et des résultats fournis par l'examen de 121 opérées. 100 étaient libérées de toute espèce d'accident, 17 bénéficiaient d'une amélioration notable, 4 étaient sujettes aux mêmes douleurs que jadis. La proportion des guérisons définitives est donc de 82,6 p. 100.

E. BUMM. — **Des processus curatifs après laparotomie dans la tuberculose péritonéale bacillaire** (1).

O. KUSTNER montre une série de dessins destinés à bien faire saisir la forme, la **disposition des cicatrices consécutives aux déchirures du périnée.**

HERZFELD. — **De la voie sacrée pour l'extirpation totale.**

L'auteur estime que sa méthode n'élargit pas le champ de l'in-

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1893.

tervention chirurgicale contre le cancer. Il considère comme spécialement justiciable d'elle : 1° les cancers très étendus du corps ; 2° une hypertrophie absolue, considérable de l'utérus, ou une hypertrophie relative, moins considérable en proportion des dimensions du vagin ; 3° les cas, pour lesquels la voie vaginale ne comporte pas une intervention aseptique ; les cas de cancers du corps ichoreux et de cancers compliquant les suites de couches ; 4° éventuellement, ceux où il existe des noyaux circonscrits près de l'utérus. Quant aux utérus avec adhérences périmétriques leur extirpation est aussi difficile par la voie sacrée que par le vagin.

WINTER. — **Des récidives du cancer utérin, et en particulier des récidives par cancer utérin.**

L'auteur établit d'abord l'état actuel du traitement du cancer de l'utérus et de ses résultats. Tous les efforts ont seulement abouti à 7 0/0 de guérisons définitives. Or, on doit s'efforcer d'obtenir un résultat plus satisfaisant : 1° par le perfectionnement des méthodes opératoires ; 2° par un diagnostic plus précoce s'il existe un autre moyen d'augmenter les succès ; étudier soigneusement le mode des récidives.

Les récidives métastatiques sont très rares. Les récidives ganglionnaires pour les cas de cancer du col ne s'observent que lorsque l'affection cancéreuse a envahi le paramétrum. De beaucoup les plus fréquentes sont les récidives locales, au niveau de la plaie, dont la cause la plus habituelle est la persistance de restes de cancer. Aussi, se rencontrent-elles plus fréquemment avec les cancers du col qu'avec ceux de la portion vaginale. Viennent ensuite les récidives qui résultent de l'importation de germes pendant l'opération, germes qui sont inoculés dans les plaies : récidives par inoculation.

Des particularités multiples militent en faveur de l'origine infectieuse de cette variété de récidives : 1° des points sont pris au niveau desquels le cancer ne se serait autrement jamais développé ; 2° plusieurs nodosités apparaissent simultanément ; 3° apparition de nodosités cancéreuses dans le paramétrium ; 4° récidives de cancers diagnostiqués de bonne heure, et où sûrement le bistouri avait tranché dans le tissu sain ; 5° ces récidives ne se montrent que dans les cancers qui peuvent entrer en contact avec des plaies récentes des tissus voisins ; aussi ne les voit-on jamais avec les cancers du corps.

Conclusions : Dans les cas de cancer renfermé dans la cavité utérine, il faut avant l'opération laver cette cavité, puis la fermer au moyen d'une suture. Dans les cancers de la portion vaginale, il faut s'efforcer de rendre la surface incapable de nuire ; dans ce but, c'est de commencer par cautériser toute la surface cancéreuse avec le Paquelin, seulement alors se commence le mieux la désinfection.

H.-W. FREUND. — **Indications de l'hystérectomie totale, méthode de Freund.**

Le volume de la tumeur et l'extension du cancer aux tissus voisins sont des indications à cette méthode opératoire. Ce n'est que dans l'intervention par la voie abdominale que l'on peut s'occuper des métastases dans le mésentère. Freund se prononce contre l'emploi des pinces à demeure ainsi que contre les opérations trop rapides. Toujours, il a utilisé la position élevée du siège, et, dans ces derniers temps, la colpeuryse (colpeurynter gonflé par du liquide). Le père de l'auteur serait en train de créer une thérapeutique nouvelle des tumeurs utérines, dont le principe consisterait dans la suppression de l'apport sanguin à ces tumeurs.

TH. LANDAU. — **De la technique et des indications de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux.**

L'auteur est partisan du procédé de Péan d'extirpation de l'utérus cancéreux, sous le couvert des pinces laissées à demeure. A son avis, ce procédé étend l'action chirurgicale et permet d'attaquer des cancers volumineux qui échappaient jadis à une intervention radicale ou qui, dans ces derniers temps, paraissaient seulement justiciables de l'opération de Freund ou de l'intervention par la voie sacrée, opérations beaucoup plus graves ! L'immobilisation de l'utérus (paramétrite, tumeurs des annexes, myômes), l'infiltration néoplasique des tissus juxta-utérins, à condition qu'elle ne soit pas très étendue, ne constituent pas des contre-indications. L'extension à la vessie, par contre, en est une, à moins qu'on ne soit *a priori*, résolu à réséquer, le cas échéant, la vessie et à faire la suture vésicale. L'auteur se fondant sur des raisons de pratique, s'est fait un principe de *laisser à toute femme, qui se présente dans des conditions où une opération est encore faisable, un espoir de guérison, de tenter, systématiquement, l'extirpation radicale*. Quand cette extirpation est reconnue impossible,

restent les opérations palliatives : curettage, grattage, cautérisation actuelle ou potentielle. — Mais, la tentative circonspecte de l'opération radicale dans les cas appropriés est d'autant mieux justifiée que les traitements symptomatiques ne sont pas toujours sans danger, et que nombre d'opérées succombent aux opérations palliatives par septicémie ou par péritonite.

Discussion. MACKENRODT a entendu avec plaisir Herzfeld apprécier justement les chances de sa méthode. Il reconnaît qu'elle n'élargit pas le domaine de l'intervention chirurgicale contre le cancer utérin, aussi n'existe-t-il aucune raison d'y avoir recours. L'utérus cancéreux, augmenté de volume, deviendra de plus en plus justiciable de l'intervention par la voie abdominale. Une indication nette à ce dernier mode opératoire, c'est le cancer de l'utérus gravide. Il a opéré plusieurs cas de ce genre. Successivement, et dans une même séance, on fait : 1° l'escharification du cancer; 2° l'évacuation du liquide amniotique; 3° le tamponnement du vagin au lieu de la colpeuryse ; 4° l'hystérectomie abdominale totale. Quant à la méthode vaginale avec l'emploi des pinces à demeure, il la déconseille, parce qu'elle ne permet pas d'éviter sûrement l'uretère, ni de fermer la cavité abdominale. — Avec Landau, il estime que l'extension du cancer n'est pas une contre-indication à l'opération. — L'extension la plus fréquente de la néoplasie en arrière, sur le vagin, ne modifie aucunement l'indication à l'intervention. PFANNENSTIEL s'occupe des métastases et des extensions par inoculation, et fournit des exemples tirés de la « *Frauenklinik* » de Breslau. En faveur des idées de Winter militent : 1° les cas de carcinomes peu étendus dont l'extirpation a été suivie, dès le troisième mois, de récidives colossales; 2° les récidives sur la crête uréthrale ; 3° les récidives à la suite de l'ablation de cancers de l'ovaire, rompus au cours de l'opération. L'auteur insiste beaucoup sur les soins qu'il faut mettre à éviter ces sortes de ruptures. VEIT juge la méthode vaginale, l'opération de choix. Il est possible, à son avis, d'enlever par le vagin des utérus volumineux. L'opération de Freund convient dans les cas où le paramétrium est intéressé. De huit opérées par cette méthode, une reste indemne de récidive après 3 ans. Quant aux récidives par inoculation, les conditions qui les dominent ne sont pas simples. Souvent, le tissu para-utérin est déjà affecté de bonne heure. On peut employer la méthode de Winter, mais elle ne donne pas une sécurité absolue, par la raison que les germes peuvent exister

latéralement. KALTENBACH ne reconnait aucun avantage au procédé d'Herzfeld. En ce qui concerne les récidives, la question est difficile à résoudre. Pour lui, il ne s'agit pas en réalité de récidives locales. Le chirurgien a taillé dans le cancer, et ce qui reste du cancer continue à s'étendre. Il se déclare contre l'emploi des pinces à demeure, auquel il ne reconnait pas l'avantage d'élargir le domaine des indications. Quant aux heureux résultats qu'il a obtenus, il les attribue à ce que, dans tous les cas, il enlève ovaires et trompes. WINCKEL a employé dans un cas le procédé d'Herzfeld et il a eu des difficultés. Il conseille, immédiatement après l'incision du fascia prævertébral, de fixer les tissus, parce que l'entrée de l'orvi rejette les organes à gauche.

Il a eu également des difficultés dans l'ablation des annexes de gauche, adhérentes. Il n'a pas réussi à reconnaître les uretères, et le traitement consécutif a été très long. Avec Fritsch, il juge que l'hystérectomie totale n'est pas de mise quand le fer rouge peut donner le même résultat. FRAENKEL a appliqué avec bonheur, plusieurs fois, les pinces à demeure. Pour ces derniers temps, il y a néanmoins renoncé parce que, le plus souvent, les annexes doivent rester en place. Il ne croit pas non plus que ce procédé élargisse les indications. Les récidives, après ces opérations restées palliatives sont encore plus rapides qu'après des procédés beaucoup moins graves (curettage, cautérisation, escharification). D'autre part, la notion mise en lumière par Landau que la récidive ne se fait pas dans la cicatrice, mais dans le tissu connectif, n'est pas un argument en faveur des pinces à demeure. Les affections des femmes sujettes à ces sortes de récidives sont souvent beaucoup plus graves que les carcinomes simples de la portion vaginale. Quand une opération vésicale est impossible, on ne doit pas exposer les femmes à des dangers inutiles et jeter du discrédit sur les méthodes opératoires. CHROBAK estime aussi que, dans certains cas, c'était le traitement paliatif qui est le bon. Pour l'escharification, il emploie l'acide nitrique et bromique, parce que l'action du cautère actuel n'est pas aussi profonde. SANGER attire l'attention sur les heureux résultats fournis par l'ablation avec l'anse galvanocaustique (Pawlik). Récemment, Byrne (Brooklyn) a publié 400 cas traités de cette façon; les résultats obtenus se rapprochent de ceux de Pawlik. Il faut, en commençant dans les tissus sains, escharifier le carcinome, et après la chute de l'eschare, poursuivre le traitement avec le chlorure de zinc. L'acide

nitrique convient très bien aussi pour cette besogne. Quant aux noyaux de récidives, ils doivent toujours être raclés et cautérisés. A ce prix, les opérations palliatives deviennent parfois radicales. Quant à la classification des variétés de récidives cancéreuses, présentée par Winter, elle avait été faite par Thiersch il y a déjà nombre d'années. LANDAU est d'avis que l'emploi des pinces à demeure étend les indications et qu'ovaires et trompes peuvent facilement être enlevés. Quant à la suture péritonéale, il ne l'a jamais faite et considère que le traitement ouvert (offene Behandlung — pas de suture péritonéale) est préférable.

STEINSCHNEIDER. — **De la culture des gonocoques.**

1° Le procédé indiqué par Wertheim pour la culture des gonocoques s'est absolument affirmé comme bon.

2° Par le mélange d'urine humaine, recueillie stérile, avec le sérum sanguin, on obtenait une prolifération plus active des cultures.

3° On peut, par inoculation dans l'urèthre de pures cultures de gonocoques obtenues par le prodédé de Wertheim, provoquer des uréthrites qui ne se distinguent par aucune particularité des gonorrhées ordinaires.

4° Avec les produits de sécrétion d'une gonorrhée chronique, consécutive à une gonorrhée aiguë, il est possible d'obtenir des cultures pures de gonocoques qui, de toutes façons, ressemblent aux cultures faites avec les sécrétions d'une gonorrhée aiguë.

5° Quand on porte dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin ou dans la cavité abdominale de cobayes, de souris blanches, des gonocoques provenant d'une culture pure, ils ne provoquent aucune réaction inflammatoire et disparaissent à bref délai.

6° Les conditions, *toutes nécessaires*, qui caractérisent une culture pure sont les suivantes :

a) Les cultures portées des plaques sur du sérum-agar solidifié ou directement développées sur ce dernier doivent se traduire par des colonies, analogues à des gouttes de rosée, transparentes et jamais complètement confluentes.

b) Portées sur l'agar simple, elles ne doivent pas s'accroître.

c) Les préparations provenant de cultures fraîches doivent être essentiellement composées de diplocoques qui, par leur forme et leur réaction vis-à-vis de la méthode de Gram ressemblent aux gonocoques, mais en diffèrent par leurs dimensions.

7° Dans toute maladie à laquelle on voudrait assigner comme origine le gonocoque, il faut pouvoir dans les préparations ou par le procédé de Wertheim mettre ce micro-organisme en évidence.

Prochownick fait une communication tout à fait favorable à la **Suture perdue, avec fil métallique des plaies abdominales suivant le procédé de Schédé** (1). C'est en 1889 que Schédé avait imaginé cette méthode pour le traitement de hernies graves. Plus tard, il l'avait étendue à toutes les opérations de hernies et aux laparotomies. Les résultats que Prochownick en a obtenus et qu'il résume sont ainsi remarquablement bons. R. L.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

Dr Rosengart. **De la brachiotomie.** — Elle est non seulement inutile en cas de procidence du membre, mais encore nuisible à l'exécution régulière de l'embryotomie.

F.-L. Segett présente une **portion d'appendice vermiculaire** enlevée dans le cours d'une laparotomie à cause des adhérences avec l'ovaire. Le professeur Rein a rencontré ces adhérences plusieurs fois et même à l'exclusion de toutes autres ; il serait prudent de faire une suture intestinale ; cependant dans le cas présenté la ligature simple a suffi et la guérison n'a pas été entravée.

F.-L. Segett présente encore un **corps étranger de la vessie** extrait après dilatation de l'urèthre, c'est un paquet de chiffons imprégnés de sable urinaire qui avait pénétré dans la vessie par une fistule vésico-vaginale qu'il servait à boucher. La malade s'était servi de bouchons de ce genre pendant plusieurs mois.

Professeur G.-E. Rein. **Laparotomie pour grossesse extra utérine, 7e cas.** — L'intérêt de l'observation réside en ce que la grossesse était péritonéale d'emblée ; le fœtus libre dans la cavité abdominale, dépourvu de sac fœtal, n'était recouvert que par ses membranes propres et adhérent par un petit placenta au fond de l'utérus. Aussi cette grossesse avait-elle été indolore, sans accidents et sans hémorrhagie grave au moment de la rupture des enveloppes, rupture qui a eu lieu au début du huitième mois.

(1) Festschrift für F. v. Esmarch, 1893, p. 393, et Ueber Ventrofixatio uteri. *Munchener med. Wochensch.*, 1892, n° 27.

L'opération n'a pas présenté de difficultés, l'opérée est en voie de guérison.

Trois observations d'inversion utérine.

1° N.-V. CHOUVARSKY. — Femme de 39 ans, se présente à la clinique de Kieff avec une inversion utérine datant de 19 ans et ayant causé des métrorrhagies pendant tout ce temps. Le ballon de Braun amena la réduction dans l'espace d'un mois avec une quantité d'eau portée graduellement de 300 à 500 gr. Le professeur Reïn fit de plus quelques manœuvres manuelles au cours de l'une desquelles la réduction s'opéra; la manœuvre consiste à étaler d'une main l'entonnoir senti à travers la paroi abdominale pendant que l'autre main repousse le corps de l'utérus.

2° V.-P. GEMTCHOUGENIKOFF. — Femme de 27 ans, atteinte d'inversion utérine depuis 7 mois. La réduction manuelle était impossible, la suture de l'orifice externe du col après réduction incomplète fut sans effet également. Le tamponnement de Braun amena la guérison complète au bout de 15 jours.

3° M. NAZARETOFF. — Femme de 44 ans, ayant eu huit enfants, épuisée par des métrorrhagies qui durent depuis trois ans. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle sentit descendre dans le vagin, au moment d'une défécation, un corps qu'elle considéra comme étant l'utérus prolabé. Trois semaines plus tard à l'occasion d'un effort, une tumeur ronde sortit du vagin et, tiré violemment par une sage-femme, ce corps en attira un autre piriforme. A l'hôpital on reconnut l'existence d'un fibrome qui fut excisé et d'une inversion utérine incomplètement corrigée par le tamponnement et guérie ensuite spontanément au bout d'un an.

Dr KLEINMANN. Un **cas de bride vaginale.** — L'existence de la bride fut constatée au moment de l'accouchement chez une primipare; elle s'étendait d'un raphé à l'autre, et l'enfant se trouvait en quelque sorte à cheval sur cet obstacle.

Pendant les manœuvres d'extraction, la bride s'arrêta dans le creux axillaire; elle fut coupée entre deux ligatures.

Dr LEVITZKI présente une **malade cyphotique,** non rachitique, dont le diamètre transverse ne mesure que 5 centim. 1/2 avec un diamètre antéro-postérieur de 10 centim. Une première grossesse s'est terminée par la basiotripsie ; le rapporteur croit l'accouchement prématuré indiqué.

Professeur Rein. **Un vagin artificiel.** — L'opérateur a établi un cul-de-sac de six centimètres entre le rectum et la vessie, tapissé à l'aide de deux lambeaux pédiculisés de peau prise à la fesse et à la grande lèvre. Au bout de 16 jours, les lambeaux furent trouvés en bon état et les parois furent complétées par la transplantation de plusieurs petits lambeaux pris à la cuisse.

Professeur Rein. **Symphyséotomie.** — Rein présente une femme à laquelle il a fait une symphyséotomie dans le cours du travail: bassin régulièrement rétréci, obstrué par des tumeurs d'origine probablement périostique; l'opération césarienne fut rejetée à cause de l'engagement de la tête fœtale et de la présence d'un écoulement vaginal purulent. La symphyséotomie permit d'extraire facilement un enfant vivant, et ne fut marquée que par une hémorrhagie très notable à l'angle inférieur de la plaie. Après la suture du périoste et de la peau, on appliqua une ceinture plâtrée qui ne fut maintenue que six jours. L'opérée est présentée à la Société seize jours après l'accouchement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Professeur Slaviansky. **De la laparotomie conservatrice.** — La castration et la salpingectomie sont encore pratiquées avec trop d'empressement dans toutes les affections inflammatoires des organes génitaux, les organes ne devraient être éloignés que lorsque leur état ne permet plus d'espérer la guérison ; quand même il paraîtrait indiqué de supprimer la partie malade, il y a tout intérêt à conserver la partie saine d'un ovaire, sa trompe, ou au contraire de conserver les ovaires après la salpingectomie, l'extirpation des kystes parovariques; en un mot, il ne faut enlever que strictement les parties malades des organes. Dans l'oophorite folliculaire il est permis de faire une incision exploratrice (Polk) afin de s'assurer de l'absence de suppuration et de réduire l'ovaire suturé. Les adhérences rompues, les kystes ponctionnés, l'ovaire peut être encore un organe utile. La trompe malade, au lieu d'être enlevée sans hésitation, peut être traitée efficacement par l'expression, la cautérisation, le cathétérisme, le lavage, ainsi que l'a montré Martin. L'auteur du rapport adopte de plus en plus et avec succès cette manière de se servir de la laparotomie comme d'une opération conservatrice.

G. Aoue. **Ectopie inguinale double des ovaires.** — Fille de 19 ans, non réglée, présente deux petites tumeurs inguinales congénitales, gênantes et sensibles. Le toucher rectal montre l'absence de l'utérus et des ovaires. L'opération a permis de confirmer le diagnostic de hernie ovarienne congénitale. Le sac herniaire adhérent au canal inguinal est libéré, en partie excisé, l'ovaire réduit dans la cavité abdominale ; il est lisse, mesure 4 centim. de long sur 2-3 de large. Guérison sans accident.

Professeur Ott et Dr Semensky. **Du tamponnement de la cavité péritonéale.** — Le drainage de Mikulicz présente les inconvénients suivants : dans son trajet trop long, la gaze est inutilement en contact avec des parties saines qui peuvent être ainsi infectées ; les anses intestinales s'agglutinent entre elles autour du tampon ; la réunion par première intention est entravée, d'où relâchement de la ligne blanche ; enfin le bout ventral, en se desséchant, perd de ses qualités hygroscopiques. M. Semensky apporte des préparations faites sur le chien à l'appui de cette critique. Pour éviter les inconvénients précités, M. le professeur Ott propose de drainer par le cul-de-sac de Douglas en le perforant directement de dedans en dehors. Une bande de gaze iodoformée est introduite par cette voie dans le vagin et ensuite repliée sur elle-même en couches régulières de manière à tamponner exactement le champ opératoire ; la cavité abdominale est suturée complètement. Finalement, le vagin est tamponné antiseptiquement et ce tampon est souvent renouvelé ; au bout de 4 à 5 jours la gaze est retirée, ce qui se fait sans douleur, si l'on a soin de tordre la gaze en ficelle pendant l'extraction. Une des malades ainsi traitées par le professeur Ott présentait une grossesse tubaire qui avait nécessité l'excision du sac fœtal, en même temps qu'une grossesse utérine ; cette dernière a continué son cours normal après l'opération.

D. A. Rousi. **Altérations des organes génitaux dans le choléra.** — Chez les femmes mortes à la suite d'accidents cholériques aigus, l'auteur a trouvé des hémorrhagies interstitielles, de la dégénérescence trouble de l'épithélium ; dans les cas à marche lente une dégénérescence hyaline prononcée des parois vasculaires.

V. N. Massen. **De l'anatomie pathologique des organes parenchymateux dans l'éclampsie.** — Dans 19 cas il y avait une néphrite aiguë interstitielle ou parenchymateuse, parfois avec mortification

de l'épithélium des tubes dans la substance corticale ; 3 fois il a observé des foyers de nécrose du parenchyme hépatique, et cinq fois une hépatite interstitielle ; l'utérus et les trompes présentaient des lésions interstitielles ; le cœur, une myocardite parenchymateuse, le cerveau de la dilatation des capillaires.

Le Pr D. O. OTT présente des **pièces anatomiques** : myômes utérins, utérus myomateux et cancéreux enlevé par le vagin, trompe gravide, sarcome dur de l'ovaire, embryon très jeune, molluscum fibreux d'une grande lèvre.

A. V. ROUTKOVSKI. Un **décès sous le chloroforme**. — Femme de 28 ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire et enceinte de 7 mois. La mort est survenue au bout de 7 minutes de chloroformisation ; l'autopsie et l'examen microscopique font attribuer la mort à la myocardite.

A. I. KRASSOWSKI. **Une symphyséotomie**. — Femme de 23 ans ; un premier accouchement terminé par la craniotomie. L'opération est faite à terme pendant le travail. Le cartilage incisé dans les 2/3 de sa hauteur s'est complètement fendu au moment d'une contraction utérine en donnant un écartement de 3 centim. ; pendant l'extraction de l'enfant, cet écartement atteignit 6 centim. 1/2 en même temps qu'un craquement se fit entendre dans l'articulation sacro-iliaque droite. On eut de la peine à arrêter l'hémorrhagie veineuse des corps caverneux et, dans les manœuvres exécutées pour la ligature, le doigt introduit dans le vagin traversa sa paroi antérieure ; elle fut suturée. Toute l'opération eut une durée de 45 minutes. L'enfant, pesant 3,410 est bien portant. La mère marche bien au bout d'un mois malgré une certaine mobilité de la symphyse. Promonto sous-pubien 90 millimètre (1).

I. A. KASCHKAROFF (de Jaroslaw) a également fait une **symphysiotomie** dans le cours du travail ; l'enfant extrait en état de mort apparente fut ranimé, mais succomba le lendemain (2) ; la mère allait bien le septième jour.

A. A. DRANITKIN. **Une laparotomie pour hydronéphrose droite**. —

(1) Observation publiée in-extenso in *Centr. f. Gynäk.* n° 5, 1893.

(2) Dans le court résumé donné par Krassowsi (*Centr. f. Gyn.* n° 5, 1893), l'opération est indiquée à tort comme heureuse pour la mère et pour l'enfant. — Voyez *Centr. f. Gynäk.* n° 19, 1893.

Le diagnostic n'a pu être fait que dans le cours de l'opération exécutée par le prof. Ott. La malade guérit aprés quelqnes accidents infectueux.

V.-V. STROGONOFF. **Examen bactériologique du canal génital de la femme.** — Le vagin contient des microbes en tout temps, depuis les premières heures de la vie jusqu'à la vieillesse, en dehors de l'époque menstruelle, aussi bien que pendant cette époque, chez la femme enceinte et chez la parturiente, mais ce sont surtout des bâtonnets (Dölerlein); les microbes pyogènes sont rares à l'état normal, et les acides sécrétés par les bactéries atténuent ces microbes pathogènes. Le col utérin ne contient pas de microbes à l'état normal, sa réaction est alcaline et son mucus tue les microbes. Pendant la grossesse, la réaction vaginale est franchement acide, le batonnet de Döderlin domine, et une culture pure de ce microbe peut être considérée comme un signe de probabilité de la grossesse.

Professeur BIDDER. **Une symphyséotomie.** — Primipare de 18 ans; bassin rachitique, aplati; conjugué vrai 7 1/4. La symphyséotomie fut pratiquée après plusieurs jours d'un travail intermittent et infructueux; la laparotomie était contre indiquée par la présence de symptômes d'endométrite avec écoulement purulent. L'enfant fut retiré vivant; la mère, levée le 19e jour, est présentée à la Société.

Professeur OTT. **Des fistules vésico-vaginales avec destruction de l'urèthre.** — Dans deux cas de ce genre, le rapporteur a fait l'oblitération du vagin avec établissement d'une fistule recto-vaginale avec un succès complet, par le procédé de Rose (obliteratio vulvæ rectalis); dans le second cas, le procédé opératoire a été modifié, le rapporteur ayant suturé la vulve presque complètement. Dans les deux cas, les malades retenaient bien leurs urines.

Mme OULESKO-STROGANOFF. **De la pathologie des kystes de l'hymen et du vagin.** — Deux kystes enlevés par le professeur Ott à une jeune femme ont été examinés microscopiquement; ils étaient constitués aux dépens de glandes oblitérées; ils étaient tapissés par un épithelium cylindrique cilié.

NAGEOTTE-WILBOWCHEVITCH.

REVUE ANALYTIQUE

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Observations nouvelles sur l'emploi des forceps à tractions axile. (Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Achsenzugzange), W. NAGELE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd 44, Hft 2, p. 183.

Le complément d'expériences qu'a acquis l'auteur avec les forceps à traction suivant l'axe, n'ont fait que le convaincre de la supériorité de ces instruments sur le forceps ordinaire. A quel modèle de ces forceps faut-il donner la préférence? D'une manière générale, l'important c'est que l'instrument réalise les conditions capitales requises par Tarnier. Cependant, des trois types que connaît Nägele (forceps de Tarnier, A. Breus, Simpson), c'est le dernier qu'il préfère.

Mode d'application. — Quand il s'agit d'une tête élevée, l'auteur, conformément à la pratique de Gusserow et contrairement à celle de Tarnier, *juge qu'il convient, dans tous les cas, d'appliquer le forceps suivant le diamètre transverse du détroit supérieur.*

I

A) *Tête au détroit inférieur ou profondément engagée. Quand la tête est profondément engagée, le forceps à tractions axiles ne possède pas d'avantage spécial.* Mais comme, dans ce cas, il n'est, ni pour la mère ni pour l'enfant, pas plus dangereux que le forceps ordinaire, mieux vaut s'en servir. Il a l'avantage de fournir, grâce à la tige de traction, une saisie solide, commode, aussi bien pour exercer les tractions que pour développer la tête sur le périnée. Or, dans la majorité des cas d'application de forceps, l'indication s'impose de terminer l'accouchement, alors que la tête est encore dans l'excavation, près du détroit inférieur, et avant qu'elle n'ait accompli sa dernière rotation, c'est-à-dire, qu'elle se soit placée suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Dans tous les cas où il est appelé tardivement, et dans lesquels par conséquent, le développement de la bosse séro-sanguine mas-

que la direction des sutures et la situation des fontanelles, Nagele applique, invariablement, le forceps suivantle diamètre transverse, c'est-à-dire une cuiller de chaque côté de la femme. Et à ce propos, il remarque qu'on peut, ainsi que l'avaient déjà indiqué Olshausen et Simpson, déterminer, rétrospectivement, la position de la tête fœtale au moment de l'application du forceps d'après la situation des cuillers pendant l'extraction et d'après le siège des empreintes laissées par l'instrument. Il consigne les résultats qu'il a obtenus, sous ce point de vue, dans 52 cas, et constate que, dans la plupart, la tête était disposée obliquement. Mais, il fait remarquerque cela n'autorise pas à supposer que la tête était ainsi placée parce qu'il n'avait pas assez attendu, car, suivant les conseils de Gusserow, il n'intervient jamais que quand les indications à l'intervention sont nettes (*indications venant de la mère :* fièvre, accélération du pouls, éclampsie, anneau de contraction très-élevé, vomissements à chaque contraction, œdème des parties génitales ; *indications venant de l'enfant :* accélération des battements du cœur, ralentissement consécutif de ces battements au-dessous de la fréquence normale, sortie du méconium).

L'auteur a appliqué le forceps à tractions axiles 50 fois sur des têtes profondément engagées. Sur ces 50 femmes, il y avait 40 primipares, dont 21 âgées de 25 à 35 ans, 6, de 31 à 35 ans, 7, de moins de 25 ans, et 5, de plus de 36 ans. La cause de la dystocie fut 13 fois une sténose pelvienne, 4 fois un volume exagéré de l'enfant, une fois une présentation du sinciput, une fois une présentation de la face.

II

Résultats. — A) *Mères.* Des 50 femmes, pas une n'a succombé, pas une n'a eu des suites de couches gravement troublées. Chez 7, il survint quelques accidents (fièvre, fétidité des lochies), mais de ceux qu'on peut observer à la suite d'un accouchement normal. Contrairement à l'opinion formulée par Milne Murray, que les forceps à tractions axiles peuvent permettre de prévenir absolument la *déchirure du périnée*, Nagel affirme que cette complication qui résulte de facteurs multiples (habileté de l'accoucheur, qualités propres du périnée, situation et volume de la tête fœtale, etc.) reste possible. Pour sa part, sur 45 accouchements, où il a appliqué le forceps à tractions suivant l'axe de Simpson sur la tête ftœale,il aobservé :

a) 10 *déchirures périnéales du 1er degré* se répartissant ainsi :

Chez des primipares âgées de		20-24 ans	2 fois
—	—	25-29 —	4 —
—	—	30-35 —	3 —
une multipare	—	26 —	1 —

b) 3 *déchirures du 2e degré* chez 3 primipares âgées de 27, 28 et 37 ans.

c) *Une rupture centrale* chez une primipare de 28 ans.

Soit : 14 déchirures du périnée sur 45 accouchements, 31 0/0, la tête étant profondément engagée.

B) *Enfants.* — Sur un total de 45, extraits avec le forceps de Simpson, il y a eu : 13 cas de paralysie faciale, 9 enfants mort-nés, dont 2 avaient succombé avant l'application de forceps.

III

B) *Application du forceps sur la tête restée élevée.*— Nagele a appliqué 28 fois le forceps à tractions axiles de Simpson sur la tête élevée, *toujours suivant le diamètre transverse* (1). Dans tous les cas, immédiatement avant l'application du forceps, il s'est assuré, après narcose chloroformique, de la situation de la tête au moyen de l'examen combiné. Il se base pour cette appréciation : sur le degré d'accessibilité du promontoire en arrière de la portion engagée de la tête fœtale, et sur le rapport de cette portion avec la portion non engagée. Dans 4 cas, cet engagement à travers le détroit supérieur rétréci était si peu marqué, que la tête n'était fixée que par la contraction utérine et qu'elle présentait une certaine mobilité. 18 fois l'extrémité céphalique était engagée d'un tiers ou d'un quart, 4 fois de moitié, 2 fois d'un peu plus de la moitié.

« Il est évident que l'application du forceps sur la tête restée au-dessus du détroit supérieur, comme dans les 4 premiers cas, est extrêmement difficile, mais quand la tête est suffisamment bien disposée pour qu'on la puisse convenablement saisir, quand surtout c'est l'occiput qui vient premier, et que le rétrécissement pelvien reste dans les limites ordinaires, on est en droit de compter sur un succès. La situation, par contre, se complique, quand c'est le sinciput qui descend le premier et que la suture sagittale est dirigée obliquement ; car, dans ces cas, le forceps ne saisit — la

(1) Ces observations sont en partie rapportées dans les *Arch. f. Gyn.* Bd 39.

tête étant élevée — que le sinciput, et ne trouve pas dans cette région une prise solide. »

État du bassin. — Dans 2 cas seulement (bassin à double promontoire, bassin généralement rétréci) la sténose pelvienne était considérable.

IV

Résultats : A) *Mères* (28, dont 9 primipares). Un cas de mort, par septicémie aiguë ; mais cette femme était déjà infectée avant l'intervention.

28 fois, suites de couches normales.

7 fois, hyperthermie passagère, lochies fétides.

1 fois, rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme vésical pendant toute la durée des suites de couches.

1 fois, les suites de couches furent troublées par un catarrhe bronchique antérieur à l'accouchement.

1 autre fois par une broncho-pneumonie causée probablement par des vapeurs de chlore dues à la décomposition du chloroforme par la lumière des lampes.

7 fois une *déchirure périnéale* du 1er degré, 4 fois du 2e degré, 2 fois une petite et une grande déchirure du vagin. (Toutes ces déchirures furent immédiatement réparées par des sutures à la soie et à points séparés.)

Les 27 femmes se remirent toutes malgré les difficultés de l'accouchement.

B) *Enfants* (28). 7 mort-nés (1 fut perforé), 21 vivants bien que plus ou moins en état d'asphyxie. De ces 21, un qui avait subi des lésions graves, mourut 24 heures après la naissance ; un autre succomba le 4e jour, mais sans que sa mort pût être attribuée au forceps.

Au total, 18 *enfants* sur 28 qui se développèrent bien (1).

Sur 4 des enfants morts, on constata des *fractures du crâne*, 3 fois la lésion fut produite directement par le forceps et siégeait sur le frontal ou le pariétal postérieur ; une fois elle fut produite indirectement par l'instrument.

3 fois on constata une *empreinte* sur l'os frontal situé en arrière,

---

(1) Remarquez que le forceps a été appliqué dans le diamètre transverse, application, dite par certains, préférable à l'antéro-postérieure et qui, ces chiffres le prouvent, ne vaut pas mieux. (H. V.).

sans que cette lésion ait paru influer sur la vitalité de l'enfant (1).

Chez 2 enfants il existait des ecchymoses sous-conjonctivales; chez 4, de la paralysie faciale; chez 8, des érosions et autres lésions du tégument.

10 enfants seulement ne présentaient aucune lésion.

V

Le forceps à tractions axiles est certainement dangereux pour l'enfant; il ne l'est pas pour la mère, à la condition qu'il soit manié par un accoucheur circonspect, qui n'est pas résolu *à extraire l'enfant à tout prix*. Etant donné, en effet, la puissance énorme que permettent de développer ces instruments, on pourrait produire, même chez la mère, des lésions graves. D'autre part, les résultats qu'ils fournissent ne dépendent pas seulement du degré de la sténose pelvienne, mais aussi, et beaucoup, de la position, de la situation de la tête au détroit supérieur. C'est là un facteur très important. Pour en dégager nettement l'influence, l'auteur s'est efforcé, en se basant sur les lésions (fractures, érosions, empreintes laissées par le promontoire ou par le forceps (*toujours transversalement appliqué*) de déterminer, rétrospectivement, la position de la tête au moment de l'intervention, et de rapprocher ce diagnostic rétrospectif des lésions observées dans chaque cas. Ce parallèle lui a permis de consigner en quelques paragraphes, les rapports qu'ont les cuillères du forceps avec la tête fœtale, suivant la situation de cette dernière au moment de l'intervention, et d'apprécier la solidité correspondante de la prise de l'instrument dans chaque cas.

Nagel conclut de la façon suivante : « Les forceps à tractions axiles interviennent de la manière la plus heureuse, la plus efficace, comptent le plus de succès à leur actif quand il s'agit d'un accouchement prolongé, que la tête est fixée au détroit supérieur, que l'enfant est encore en vie, et dans les cas où la perforation de l'enfant vivant reste le seul autre moyen de délivrance. Si même, un certain nombre d'enfants ainsi mis au monde doivent succomber aux lésions produites par l'instrument, il resté avéré qu'on peut encore, grâce à lui, sauver beaucoup d'enfants qui, autrement, seraient condamnés à la perforation (2). Je ne conteste pas qu'en

(1) Qu'il serait intéressant de revoir dans quelques années (H. V.)

(2) Il n'est pas question ici de symphyséotomie. Mais il est évident qu'aujourd'hui, qu'on soit favorable ou hostile à cette intervention, elle doit entrer

beaucoup de cas on puisse obtenir un résultat heureux avec le forceps ordinaire. Personnellement, je me suis servi des deux espèces de forceps dans un grand nombre de cas (71 fois du forceps ordinaire, 80 fois du forceps à traction axile), et il m'est permis de les comparer.

Or, à mon avis, un médecin circonspect, capable d'éviter les dangers (trop grande puissance du forceps à tractions axiles), peut, avec un instrument de cette espèce, en particulier avec celui de Simpson, sauvegarder davantage l'existence de l'enfant et causer moins de lésions à la mère. R. L.

Les limites de l'opération césarienne. (The limitation of cesarean section), par R.-A. MURRAY, de New-York. *Amer. J. of obst.*, avril 1893, p. 509.

Les dangers que court l'opérée ne sont en général que le choc, l'hémorrhagie et la septicémie; tous dangers qu'on peut éviter.

L'auteur recommande de faire 2 étages de sutures, et des sutures péritonéales qui séparent la plaie de la cavité péritonéale.

Faite avec soin et dans de bonnes conditions, elle doit donner une statistique aussi bonne, sinon meilleure, que l'ovariotomie.

Elle est indiquée lorsque, l'enfant étant en vie, le diamètre sacro-pubien a moins de 63 millim. dans le cancer du col, où elle doit être faite avant le début du travail, dans les cas de bassin de Robert et de Nägele, qui ne sont pas favorables à la symphyséotomie, et dans les cas de tumeurs ne permettant pas l'issue d'un enfant vivant par les voies naturelles.

La grosseur des enfants américains constitue une étroitesse relative du vagin.

La moyenne de l'autre côté de l'Atlantique est de 7 livres à 7 livres 1/2 (1) à l'hôpital ; elle est beaucoup plus élevée dans la clientèle civile.

L'opération de Porro et ses modifications ajoutent aux dangers le choc produit par l'amputation de l'utérus. Mais, si le fœtus est mort et la parturiente infectée, elle vaut mieux que l'opération césarienne classique.

---

en ligne de compte, et qu'elle mérite d'être prise en très sérieuse considération. (R. L.)

(1) La livre pesant 453 gr. 592, les chiffres de l'auteur nous donnent 3 k. 175, et 3 k. 401 ; s'il parle de la livre *Troy*, le poids est encore plus faible. (A. Cordes.)

La symphyséotomie est une rivale de l'opération césarienne. Harris a publié une statistique de 44 cas de symphyséotomie, avec une mère et 5 enfants morts.

L'auteur conclut en faveur de l'opération césarienne, dans les conditions qu'il a énoncées, et lorsque le volume de la tête fœtale fait craindre que la symphyséotomie ne suffira pas à la laisser passer. A. C.

Valeur relative de certaines opérations obstétricales : embryotomie, opération césarienne, symphyséotomie. (The relative value of certain Obstetrical operations : Embryotomy, cæsarean section, symphysiotomy), par E. H. GRANDIN, de New-York. *Am. J. of obst.* avril 1893, p. 492.

L'auteur incline vers l'opération césarienne ; il recommande de la faire de bonne heure, et d'apporter dans la clientèle toutes les précautions qu'on a dans les hôpitaux. A. CORDES.

L'embryotomie : son pronostic et ses limites. (Embryotomy : its Prognosis and Limitations), par J.-C. EDGAR, de New-York. *Amer. J. of Obst.*, avril 1893, p. 496.

L'embryotomie, quoiqu'on ait dit le contraire, est moins souvent mortelle que l'opération césarienne ; mais la perforation de la tête dernière donne une forte mortalité (25 0/0). L'opération césarienne ne doit pas être une opération de choix mais de nécessité ; elle donne à Londres, à des chirurgiens habiles, une mortalité de 20 à 25 et 50 0/0. L'embryotomie est fort dangereuse, lorsque le diamètre conjugué n'a que 57 millim. ; elle devient dangereuse aussi, lorsqu'elle succède à d'autres manœuvres prolongées. Il est donc nécessaire de s'assurer à l'avance des dimensions du bassin, afin de ne pas soumettre la parturiente aux risques de tentatives inutiles.

Nous ne pouvons guère, de propos délibéré, nous refuser à faire l'embryotomie sur un fœtus vivant.

La symphyséotomie, sans mettre la mère en danger, donne au fœtus toutes les chances possibles, lorsque le diamètre conjugué n'a pas moins de 60 millim.

Pour la perforation, Edgar se sert des ciseaux de Smellie, et pour l'écrasement de la tête, du cranioclaste de Braun.

A. CORDES.

Basiotripsie pour rétrécissement du bassin avec procidence du cordon, Cadilhac, *Montpellier méd.*, mai 1892, p. 253.

L'auteur rapporte une observation du professeur Grynfeltt, et il en tire les conclusions suivantes : 1° Dans un bassin rétréci, si la tête fœtale déborde la symphyse du pubis, on est autorisé à pratiquer l'accouchement prématuré ; 2° avec une procidence du cordon, le bassin étant rétréci, il faut renoncer à la version et faire d'emblée la basiotripsie si l'enfant est mort. P. Mauclaire.

Du traitement des présentations de la face et du front. (Zur Behandlung der Gesichts und Stirnlagen). Otto von Weiss. *Sammlung klinisch. Vorträge*, 1893, n° 74, p. 683.

L'auteur formule, touchant la transformation des présentations de la face et du front par les manœuvres internes et externes combinées, les conclusions suivantes.

Dans les cas de présentation de la face non compliquées et dans les présentations du front au début de l'accouchement, la transformation est contre-indiquée ; son emploi systématique en tant que méthode prophylactique serait une grosse faute.

La coïncidence si fréquente des présentations de la face et des sténoses pelviennes est une cause sérieuse de dystocie ; cependant, il serait difficile de tracer pour ces cas des indications nettes à cette transformation.

La procidence des membres ou du cordon compliquant la présentation de la face, exigent sûrement la version podalique. Quand il y a hydramnios abondante, on est peu en droit de compter sur la fixation de l'occiput ramené en bas par une mise en jeu rapide des contractions.

Pour une grande variété de bassins plats, en particulier pour les rétrécissements localisés au détroit supérieur aussi bien que pour beaucoup de bassins asymétriques, la présentation de la face est la plus favorable à la marche de l'accouchement. Par contre, quand la sténose porte sur toute la hauteur du canal osseux, et spécialement dans les cas de bassins généralement rétrécis, il serait très désirable qu'on pût ramener en bas l'occiput.

Mais le fait que sur 10 échecs de tentatives de transformations, 6 fois il y avait sténose pelvienne, permet de considérer le succès de ces tentatives comme très aléatoire dans les bassins rétrécis.

Avec Brennecke et Wullstein nous devons reconnaître un avan-

QUESTION POSÉE :

Chercher à établir par des expériences personnelles, anatomiques, physiologiques, chimiques, etc., le rôle rempli dans l'organisme par l'écoulement menstruel.

Le prix attaché à ce concours consiste en une somme de 300 fr.

XIe Congrès international de médecine, Rome 1894.

Nous recevons du secrétaire du Congrès la communication suivante :

« Nous confirmons la nouvelle, déjà sommairement publiée, du renvoi de ce Congrès au mois d'avril 1894.

« Dès la fin d'avril écoulé, le Comité exécutif avait discuté la question s'il aurait été convenable de reculer le Congrès, mais, vu que les foyers du choléra étaient limités à un nombre insignifiant d'endroits en France et à quelques places sur la frontière autrichienne, et que les comités nationaux et à l'étranger interpellés à ce propos, s'étaient presque tous prononcés contraires au renvoi, le Comité exécutif avait décidé, que le Congrès pouvait seulement être reculé si les conditions de la santé publique en Europe devenaient telles, d'empêcher les médecins de quitter leurs résidences.

« D'alors à ce jour, les conditions sanitaires ont tellement changé, que le Comité a été forcé à reprendre le 30 juillet ses délibérations à ce sujet.

« Vu l'extension que l'épidémie avait pris en Autriche, en Hongrie, en Russie et même en France, les foyers qui s'étaient développés presque chez toutes les nations d'Europe, et la formation desquels avait obligé plusieurs gouvernements à défendre aux médecins de quitter leurs résidences, pris en considération le jugement des plus illustres spécialistes italiens et étrangers, qui conseillaient le renvoi, et les nombreuses lettres reçues de membres inscrits, qui annonçaient de ne pouvoir pas se rendre au Congrès en septembre prochain, le Comité a décidé de reculer la réunion au mois d'avril 1894, saison où, par expérience, les foyers de contagion sont éteints ou assouvis.

« Le Comité fut guidé à cette délibération par le désir de respecter le caractère absolument international du Congrès, et par sa déférence envers les adhérents étrangers, dont la plupart auraient été empêchés d'assister au Congrès. »

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RÉUNION IMMÉDIATE SECONDAIRE AU MOYEN DE FILS D'ATTENTE DE LA PLAIE DE LAPAROTOMIE AU NIVEAU DE L'OUVERTURE NÉCESSITÉE PAR LE DRAINAGE ABDOMINAL

Par le Dr **J. Fabre**
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.
Aide de clinique gynécologique.

Ce mode opératoire, conseillé par M. le professeur Laroyenne, a pour but de diminuer la durée de la cicatrisation et, par suite, les chances d'infection après une laparotomie suivie de drainage : de plus, il permet d'obtenir une réunion solide des diverses couches de la paroi sans avoir à recourir à une seconde intervention pour s'opposer à l'éventration.

Notre maître, en suturant la plaie qu'on obtient après avoir enlevé le tamponnement fait suivant la méthode de Mikulicz, supprime le plus grand nombre des inconvénients qu'on peut reprocher à l'emploi de ce procédé; il a bien voulu nous charger de faire connaître ce perfectionnement.

Le drainage de la cavité abdominale suivant la méthode de Mikulicz est un très bon mode de pansement dans les opérations intra-abdominales et son emploi a diminué de beaucoup la gravité du pronostic de l'ablation des annexes

par exemple. En effet, depuis que Pozzi, dans la première édition de son *Traité de gynécologie*, a fait connaître en France ce procédé, toutes les fois que l'on trouve des annexes suppurées, l'emploi du drainage de Mikulicz rend le pronostic de l'opération à peine plus grave que si les annexes n'avaient pas été suppurées.

C'est là ce qui ressort de la pratique de M. le professeur Laroyenne, point sur lequel du reste tous les auteurs sont d'accord, comme on peut le voir dans le compte rendu du cinquième congrès de la Société allemande de chirurgie de mai 1893, où Schauta, Sänger, Mikulicz ont montré que le drainage met à l'abri de l'infection de la grande cavité péritonéale.

Un certain nombre d'opérateurs sont restés fidèles à l'emploi du tube de verre, d'autres emploient des drains, mais même dans les cas où la plaie est très petite et se cicatrise rapidement, le point où le drain a été placé devient à la longue le siège d'une pointe de hernie. On peut agir de même dans toutes les laparotomies latérales ou antéro-latérales, où l'éventration peut être considérée comme la règle dans presque tous les cas. Il en est de même alors que l'opération n'a pas consisté à pénétrer dans la cavité péritonéale; mais si on a sectionné le plan aponévrotique comme cela a lieu dans l'ouverture d'un abcès de la fosse iliaque la plaie doit rester béante pendant longtemps, il faut alors placer des fils métalliques qui rapprocheront les bords de la plaie aponévrotique au moment où la suppuration profonde sera complètement tarie.

Dans l'ablation des tumeurs fibreuses interstitielles sous-péritonéales de la paroi abdominale, on incise l'aponévrose, mais le péritoine est respecté : la section aponévrotique n'est pas réunie dans toute son étendue au moment de l'opération, un espace est laissé ouvert pour établir un drainage comme soupape de sûreté. En ce point, il se produira à la longue une éventration, si on ne cherche pas à réunir le plan aponévrotique.

Mais l'emploi de cette réunion secondaire est surtout nécessaire dans la laparotomie médiane, où l'on a fait le drainage.

M. Laroyenne l'emploie très souvent, persuadé qu'il est de l'efficacité de cette méthode. Toutes les fois que, dans une laparotomie, on observe une hémorrhagie en nappe, toutes les fois que les manœuvres ont été longues, ou bien quand, pendant l'opération, il s'est écoulé dans le péritoine un liquide contenu dans une cavité kystique, notre maître termine l'intervention par l'application d'un Mikulicz.

Quelles sont les raisons qui peuvent faire hésiter et qui font que l'on cherche à éviter le drainage ?

C'est que cette manœuvre a des inconvénients; tout d'abord la guérison définitive est retardée; en effet la partie supérieure de la plaie abdominale se réunit par première intention : la partie inférieure ne se réunit que peu à peu, et la cicatrisation pour être complète demande trois à quatre semaines, quelquefois beaucoup plus. Cette réunion secondaire, outre sa durée, a comme inconvénient de favoriser l'*éventration* au niveau de la portion inférieure de la plaie, le plan aponévrotique de la paroi abdominale ne pouvant se reformer. C'est en ce point que l'on note aussi la *persistance des petites fistules* qui n'ont souvent aucune tendance à la cicatrisation. Par ces fistules, il s'écoule une très petite quantité de liquide séro-purulent; de temps en temps l'orifice cutané se bouche, les sécrétions s'accumulent en arrière de l'obstacle, puis, lorsqu'elles ont atteint une certaine pression, elles rompent la cicatrice ; ces alternatives se reproduisent indéfiniment. Ces faits doivent s'expliquer par la persistance en arrière de la paroi abdominale d'un trajet plus ou moins long qui suit la direction générale du Mikulicz.

Ces deux complications, eventration et fistule, peuvent se trouver réunies chez une même malade, la situation est alors beaucoup plus grave : en effet, sous l'influence du développement de l'éventration, la fistule peut faire communiquer la grande cavité péritonéale avec l'extérieur, d'où la

production d'une péritonite septique suraiguë, qui emporte la malade en quelques jours.

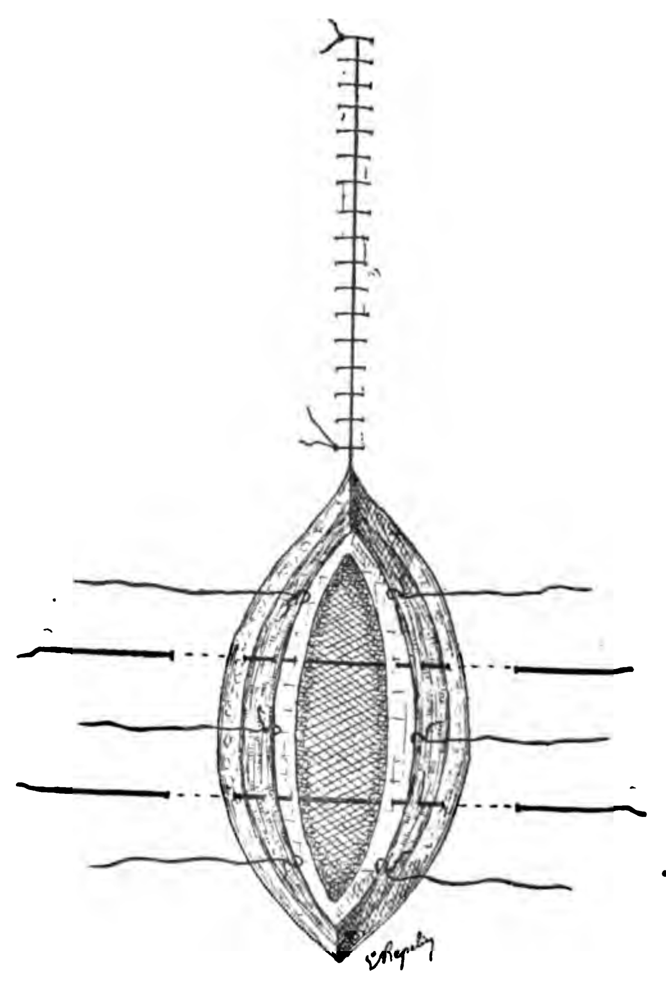


FIG. — *Les fils métalliques sont représentés par les traits forts : les fils de catgut placés sur l'aponévrose ont été noués, un des chefs est coupé. Au moment où l'on serre ces fils le rapprochement n'est pas aussi parfait que si le fil formait une anse complète, mais on évite ainsi la présence de nombreuses anses dans la plaie.*

Le manuel opératoire très simple peut être varié au goût de chacun des opérateurs, il faut seulement qu'on puisse se reconnaître facilement au milieu des fils laissés à demeure. Nous nous sommes servi de catgut chromique formant des points séparés placés sur les trois plans de la paroi. Le résultat obtenu a été parfait dans une suture secondaire faite au cinquième jour, mais dans un autre cas où la suture était exécutée au huitième jour, quelques fils affaiblis par la résorption se sont rompus rendant le résultat incomplet. Nous avons employé le fil métallique embrassant toute la paroi, la peau, l'aponévrose et très peu de péritoine, le résultat a été bon ; mais néanmoins M. Laroyenne croit utile de compléter cette suture par des points séparés placés sur l'aponévrose : pour éviter d'avoir trop de fils dans les parties de la plaie réservées au sac de gaze, on place des fils distincts pour chaque côté de la plaie : ce sont ces fils qu'on noue deux à deux au moment où l'on se décide à enlever le drain, puis on tord les fils métalliques. Huit à dix jours après, il est impossible de distinguer la partie de la plaie qui a été réunie secondairement de celle qui a été cicatrisée par première intention.

Par ce procédé, il est possible d'obtenir une réunion immédiate secondaire dans une laparotomie suivie de drainage, et une guérison rapide avec reconstitution d'une paroi à l'abri de l'éventration, comme si la réunion avait été exécutée dans toute la longueur de la plaie au moment de l'opération.

LE TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **Mally.**

Depuis le mois de juillet 1890, nous avons traité à la consultation externe de gynécologie de l'hôpital Bichat, service

de M. le professeur Terrier, 33 cas de fibromes utérins par l'électricité. Cette communication a pour objet d'exposer les résultats qui ont été constatés au cours du traitement, ainsi que les procédés d'électrisation qui nous ont paru rationnels.

Le symptôme métrorrhagie a disparu d'une manière définitive chez 7 malades. Il a été plus ou moins nettement influencé six fois, il n'a été trouvé complètement rebelle que trois fois chez deux malades qui présentaient des lésions aiguës, des annexes reconnues après laparotomie, et chez une malade qui n'a pas continué le traitement, mais chez laquelle on peut soupçonner l'existence d'une salpingite.

Quant au symptôme douleur, il est moins facile d'en établir ici la statistique, ce symptôme étant entièrement subjectif et pouvant se rapporter à une foule de choses toutes différentes. Nous dirons ici seulement et d'une manière générale, qu'il a presque toujours été atténué, parfois complètement, souvent beaucoup moins, sans qu'on puisse toujours se rendre un compte exact du pourquoi. Notons qu'il s'est montré rebelle dans les trois cas compliqués de salpingite aiguë qui ont été justiciables de la laparotomie.

Nous avons observé au cours du traitement des variations appréciables dans le volume de la tumeur. Dans 4 cas on a noté une diminution réelle (1). Le cas relaté au cours de l'obs. IV, s'explique d'une manière évidente par la résorption de l'exsudat péri-utérin. Nous croyons que cette explication s'applique également aux trois autres cas.

Dans 8 cas, nous n'avons noté aucune diminution véritablement appréciable. Enfin, dans un cas on a observé un développement continu de la tumeur qui a nécessité l'intervention chirurgicale.

Nous bornerons là l'exposé statistique de l'influence de l'électricité sur les divers symptômes utérins, parce que ceux-ci sont de beaucoup les plus importants comme fré-

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1891.

quence et comme intensité. Il est du reste de notion courante que la constipation, les troubles vésicaux, les troubles gastriques et cardiaques, etc., liés à l'existence d'une tumeur abdominale sont également justiciables d'une intervention électrique méthodique.

Comment convient-il d'interpréter ces faits?

Nous ne croyons pas devoir insister sur ce point, chacun tirera de l'exposé les conclusions qui lui paraîtront rationnelles. Pour nous, il nous semble difficile de ne pas reconnaître au traitement électrique une efficacité certaine.

La question devient plus délicate lorsqu'il s'agit de définir les limites de cette efficacité, c'est-à-dire ce qu'on doit attendre raisonnablement du traitement électrique dans le cas d'un fibrome utérin.

Nous n'abordons pas cette question sans faire de grandes réserves, notre expérience personnelle nous fournit tout au plus les moyens d'indiquer les principales lignes du débat ; *à priori* toutes les variétés de fibromes peuvent être traitées sans inconvénient par la faradisation localisée, mais il est non moins évident que toutes ne sont pas également susceptibles d'être modifiées d'une manière heureuse et durable.

Il nous a semblé que les tumeurs d'un petit volume donnant lieu à des hémorrhagies même très abondantes sont celles dont les accidents sont le plus rapidement enrayés, et cela pour un temps assez considérable.

Les tumeurs qui se présentent sous une forme bien délimitée, de consistance dure, rappelant celle du caoutchouc plein, ne nous paraissent pas susceptibles de diminuer de volume d'une manière sensible. Celles au contraire dont la délimitation par la palpation est moins nette, qui sont entourées d'une zone d'exsudat ou d'adhérences, peuvent certainement rétrocéder dans une certaine mesure et présenter au bout de peu de temps une mobilité plus grande. Enfin les tumeurs compliquées de foyers infectieux soit dans les annexes soit aux environs ne nous semblent pas devoir bénéficier d'une manière sensible du traitement électrique. Nous

ne sommes pas seul du reste à avoir été frappé de ce fait ; il a été signalé, croyons-nous, par presque tous ceux qui s'occupent de la question ; nous ferons remarquer seulement que la faradisation n'a jamais produit d'accidents dans ce cas particulier et que par conséquent on peut y avoir recours sans arrière-pensée, même dans un cas douteux. Le pire qui puisse arriver est de n'amener aucune amélioration.

Nous voici amené à examiner les différents procédés d'électrisation auxquels on peut avoir recours pour le traitement des fibromes utérins.

La question peut paraître un peu profuse au premier abord ; la division suivante est destinée à rendre cet examen plus facile à suivre :

A. *Procédés d'ordre chirurgical.*

B. *Procédés d'ordre médical.*

A. Les procédés chirurgicaux, basés sur les propriétés physiques de l'électricité, ont pour but d'agir sur le tissu fibromateux même au moyen de cautérisations profondes (Chimiecaustie intra-utérine). Procédé comparable à celui du Dr Condamine de Lyon, qui, dans certains cas, préconise les cautérisations intra-utérines avec des crayons au chlorure de zinc (Congrès de chirurgie, 1893). L'application d'un courant galvanique d'une certaine intensité pendant un certain temps détermine aux électrodes l'accumulation de produits électrolytiques qui ont pour résultat une escarre, acide au pôle négatif, basique au pôle positif. La méthode consiste à déterminer par expérience quelle sorte d'escarre il est avantageux de provoquer dans tel ou tel cas et quelle intensité il convient d'employer. Nous ferons remarquer que l'électricité n'intervient ici que comme agent chimique et qu'on pourrait réaliser les mêmes cautérisations par tout autre moyen. C'est pourquoi nous nous abstiendrons d'en discuter ici la valeur ou l'opportunité, ceci appartient aux chirurgiens.

B. Les procédés d'ordre médical, au contraire, ont un

point de départ tout opposé et une marche entièrement différente :

Ils reposent sur l'application rationnelle des propriétés physiologiques de l'électricité dans un but thérapeutique. Il ne nous paraît pas superflu de rappeler ici en peu de mots ces notions élémentaires ; nous nous contenterons pour cela de reproduire ici le résumé très savant publié par M. Vigouroux, l'année dernière (1).

« D'une façon générale l'électricité est un agent d'exci-
« tation.

« Les différences entre les actions des deux pôles sont
« notables : au pôle négatif (cathode) nous trouvons l'afflux
« des liquides, l'hyperhémie par dilatation des artérioles,
« l'augmentation d'excitabilité des nerfs (catélectrotonus),
« tout cela pendant le passage du courant. C'est aussi au
« pôle négatif qu'on obtient le plus facilement la contraction
« musculaire par la fermeture du circuit.

« Au pôle positif (anode), les conditions sont inverses :
« ischémie des tissus par contraction des artérioles, reflux
« cataphorique des liquides, diminution de l'excitabilité des
« nerfs (anélectrotonus). La contraction musculaire ne se
« produit à l'anode qu'au moyen d'un courant plus intense
« qu'avec la cathode et se montre presque indifféremment à
« la fermeture et à l'ouverture du circuit.

« Pratiquement donc, les propriétés physiologiques des
« deux pôles sont en parfait contraste. La cathode excite,
« congestionne, l'anode a une action déplétive et sédative.
« Toutefois l'opposition n'est pas absolue, ainsi que le fait
« remarquer Ziemssen, l'action sur les vaisseaux est en
« réalité la même, c'est-à-dire que les deux pôles provoquent
« d'abord leur contraction. Mais au pôle négatif la contrac-
« tilité s'épuise presque immédiatement, pour peu que le
« courant soit intense, tandis qu'elle persiste beaucoup plus
« longtemps au pôle positif. »

---

(1) *Progrès médical*, nos du 17 et 24 oct. 1891.

Pour faire un emploi rationnel de l'électricité, ainsi que le fait observer le même auteur, il faut donc avoir en vue un état pathologique susceptible d'être combattu par un de ces procédés élémentaires. Dans le cas d'un fibrome utérin, par exemple, supposons qu'on veuille arrêter une hémorrhagie. Pour faire choix du procédé, il faudra d'abord se représenter le mécanisme de cette hémorrhagie. Si on la suppose résultant d'une atonie du système vaso-moteur utérin, c'est le pôle négatif qu'on devra introduire dans la cavité utérine en ayant soin de pratiquer fréquemment des fermetures de circuit et en évitant de prolonger la durée de l'application. Si au contraire on suppose un état congestif de la muqueuse utérine par surcroît d'activité vaso-motrice, c'est au contraire au pôle positif que nous aurons recours en faisant durer l'application plus longtemps, ayant en vue le reflux cataphorique des liquides. De même s'il s'agit de calmer l'élément douleur, il faudra toujours avoir recours à une « hypothèse pathogénique » pour déterminer le choix du procédé, la durée de l'application, etc.; on sera amené par exemple à appliquer le pôle positif dans l'utérus, à faire de la révulsion à l'aide du balai électrique sur la paroi abdominale, etc. Contre la constipation, les mêmes considérations nous conduiront à appliquer le pôle négatif au niveau de la fosse iliaque gauche ou dans le rectum. Peu importe que l'hypothèse en vertu de laquelle on a déterminé le *modus faciendi* soit exacte; même si elle conduit à un résultat heureux on ne sera pas en droit de la considérer comme absolument vraie. Il n'en est pas moins évident, croyons-nous, qu'un médecin ne peut pas procéder autrement et ne doit pas accepter les yeux fermés un procédé invariable plus ou moins en faveur sans se rendre un compte exact de ce qu'il entreprend.

La question d'instrumentation peut être résolue d'une manière très simple. Un chariot de Dubois-Reymond avec un induit à gros fil, nous a toujours paru suffisant. En outre, il permet de faire des applications fréquentes, d'opérer aseptiquement, et d'éviter la formation des escarres.



Si maintenant nous cherchons à tirer une conclusion pratique de cette statistique, nous dirons que l'action thérapeutique de l'électricité en tant qu'agent physiologique peut être utilisée avec avantage dans un grand nombre de cas. Pour le traitement des fibromes ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Bouilly au dernier congrès de chirurgie, il faut tenir compte des indications particulières à chaque cas, et en déduire la méthode opératoire.

Ces indications peuvent varier au cours du traitement. Le médecin doit donc être à même de modifier son procédé dans tel ou tel sens qu'il conviendra, ou même à un moment donné se déclarer incompétent et appeler à l'aide les procédés chirurgicaux.

Pour nous, nous avons vu cette intervention s'imposer dans les trois cas suivants :

1° Fibrome à évolution continue, menaçant de prendre un développement énorme.

2° Fibromes compliqués de lésions septiques actives des annexes.

3° Fibromes donnant lieu à un suintement continu en dehors des règles, que leur évolution amène dans la cavité utérine, et qui deviennent facilement énucléables.

En résumé, nous dirons que le traitement électrique des fibromes utérins doit être conçu et exécuté d'après les propriétés physiologiques de l'électricité et en se basant sur les données cliniques de cette affection.

A cette condition il nous paraît être un palliatif d'une très grande valeur et auquel on peut s'adresser dans presque tous les cas sans arrière-pensée. Le galvanisme, du moins par l'emploi qu'on en fait journellement, et qui consiste à ne tenir compte que des propriétés physiques de cet agent, ne doit pas être considéré comme faisant partie de l'électrothérapie. En tant que procédé chirurgical il nous a semblé aveugle et parfois dangereux, en dépit des précautions de mesure dont on s'entoure avec éclat et auxquelles on a attribué une signification manifestement trop étendue.

aucun effet hémostatique excepté le 1er mois. Actuellement la malade perd son sang 2 fois par mois ; elle ne peut se coucher sur le côté ; en marchant elle souffre dans le ventre, surtout à gauche et dans les reins.

La cavité utérine mesure 13 cent. 1/2 ; l'utérus est volumineux, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Leucorrhée, surtout au moment des règles.

Le traitement est bien toléré et paraît amener une certaine rémission des symptômes jusqu'au mois d'avril 1892, où elle va relativement bien, ne perdant plus de sang entre ses règles qui durent 3 jours ; elle se plaint encore de quelques douleurs dans le côté gauche, mais elle marche presque facilement.

Au mois de juin, elle souffre de nouveau autant qu'avant, ses règles durent 10 jours, elles sont très abondantes et très douloureuses ; sur notre conseil, la malade se décide à réclamer une intervention chirurgicale. Laparotomie septembre 1892.

On trouve l'utérus assez volumineux, une double salpingite. Ablation des annexes ; guérison.

REVUE GÉNÉRALE

DU MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par M. P. **Mauclaire**, prosecteur à la Faculté.

L'opération que nous allons décrire fut tout d'abord pratiquée, sans méthode hémostatique bien nette, par Monteggia, Osiander, Paletta, Sauter, etc. Mais ce fut Récamier qui régla l'opération en plaçant des ligatures sur les ligaments larges. Néanmoins les insuccès furent nombreux (Roux, Delpech) et l'hystérectomie vaginale, pendant longtemps délaissée, fut pratiquée de nouveau, mais en Allemagne (Czerny, Bilroth, Schrœder, Teuffel, Kocher, Müller, Henning, Wöffler, Mikulicz). Puis elle renaquit en France et subit tout à coup une impulsion nouvelle, grâce à la méthode

hémostatique par forcipressure (Péan, Richelot). Elle fut alors pratiquée, pour cancer ou prolapsus, pour les fibromes et pour les suppurations pelviennes (Péan, Segond, Richelot, etc.).

Avant d'aborder la description de la technique, envisageons un peu avec détails les différents procédés d'hémostase, car grande est l'importance de celle-ci.

Procédés d'hémostase. — Au point de vue des instruments, deux procédés sont en présence, ce sont : 1° la ligature avec un fil de soie, un catgut ou un fil métallique (Récamier); 2° la forcipressure à demeure (Richelot). Au point de vue des differents temps de l'opération, l'hémostase est soit préventive, c'est-à-dire précède toute incision utérine, soit consécutive, c'est-à-dire postérieure à l'incision de l'utérus.

A propos de l'historique nous avons vu que *l'hémostase par ligatures* fut le procédé employé par Récamier, le promoteur de l'opération. Le procédé de ligature de Martin est trop connu, pour que nous le décrivions. Mais la ligature est un procédé d'hémostase infidèle, comme Trélat et Terrier l'ont démontré à la Société de chirurgie.

Ayant également perdu une malade d'hémorrhagie, M. Richelot proposa le 11 octobre 1885, à la Société de chirurgie, l'*hémostase par la forcipressure à demeure*. Ce procédé diminue la longueur de l'opération, il évite l'infection du péritoine pelvien par les doigts. Déjà Jennings, élève de Spencer Wells, avait, sur les conseils de son maitre, employé la forcipressure en 1882. Péan, en juin et en août 1885, avait également employé la forcipressure *par nécessité*. Mais, c'est à M. Richelot (1) que revient tout l'honneur d'avoir appliqué *systématiquement et dans tous les cas* la forcipressure à demeure dans l'hystérectomie vaginale; méthode d'hémostase que Péan employait depuis longtemps pour toutes les tumeurs.

Au Congrès de chirurgie de 1888, MM. Demons et Pozzi

---

(1) RICHELOT. *Société de chir.*, 11 nov. 1885.

reprochèrent aux pinces de n'être pas toujours faciles à appliquer en bon lieu, ou de pincer parfois l'uretère, la vessie, le rectum, l'intestin grêle, ou encore de déraper ou d'être parfois très nombreuses (deux étant loin d'être suffisantes) et d'encombrer le vagin, d'où une antisepsie insuffisante de celui-ci.

Mais, ainsi que le fit remarquer M. Richelot, les ligatures sont pour le moins aussi difficiles à mettre que les pinces; le pincement de l'uretère est rare, il peut être évité et d'ailleurs il a été noté dans le procédé d'hémostase par ligature. Enfin le temps, c'est-à-dire l'expérience et la pratique, ont fait justice de ces objections et actuellement presque tous les gynécologues font l'hémostase péri-utérine par la forcipressure à demeure.

Les pinces à demeure employées ont beaucoup varié comme forme et comme noms; citons les pinces longues de Spencer Wells, les pinces courbées sur le champ, les pinces démontables de Doléris, les pinces-clamp de Polk, les pinces élastiques cintrées de Doyen, etc.

TECHNIQUE

Avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale, il faut examiner l'état de l'utérus au point de vue de sa mobilité et de son abaissement. Tantôt en effet il est peu volumineux, très mobile ou bien il n'est uni aux autres organes pelviens que par des adhérences qu'on peut facilement détruire. Dans ce cas, on fera l'hystérectomie simple, c'est-à-dire sans section et sans morcellement de l'utérus. Tantôt l'utérus est enclavé, peu mobile, peu abaissable ou très volumineux; dans ce cas, on fait l hystérectomie avec section ou morcellement de l'utérus. Il y a donc là deux procédés bien distincts qu'il faut envisager séparément.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SIMPLE, C'EST-A-DIRE SANS SECTION NI MORCELLEMENT DE L'UTÉRUS

Procédé de Martin (*hémostase par ligatures*). — Il com-

prend quatre temps que nous allons rappeler; ce sont : 1° Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale; 2° suture hémostatique du plancher pelvien;

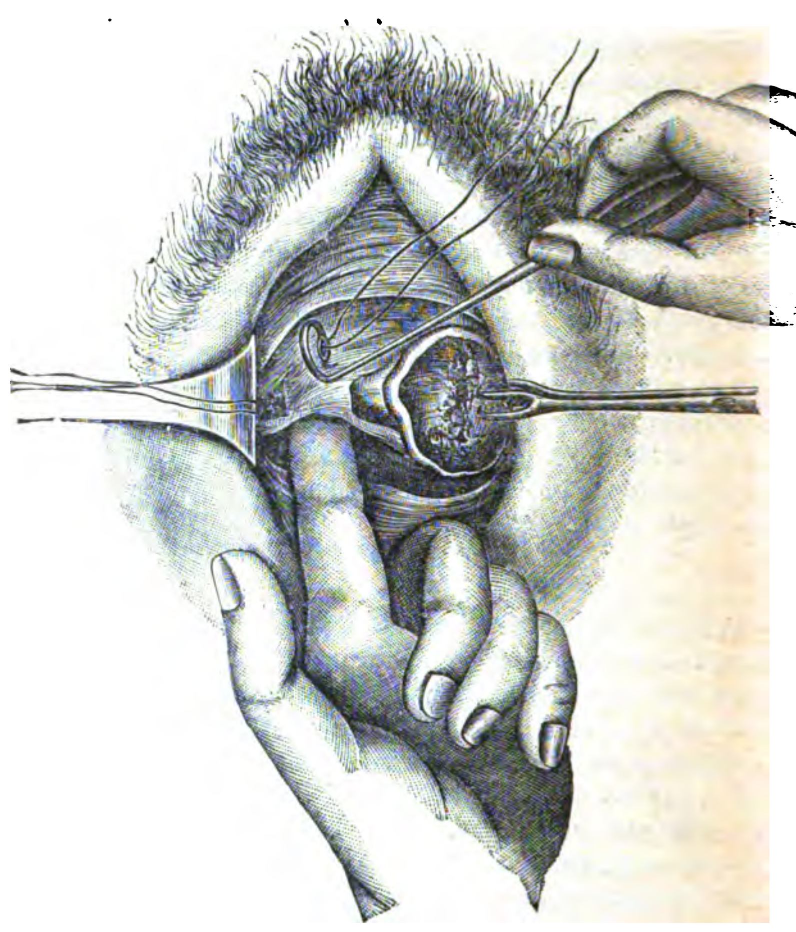


FIG. 1. — Hémostase par ligatures.

3° circoncision complète du vagin, décollement de la vessie; 4° Renversement de l'utérus en arrière, ligature des ligaments larges.

Ajoutons que, après avoir fait la ligature et la section

des ligaments larges à gauche par exemple, Martin, avant de détacher entièrement l'utérus, place un point de suture réunissant le dernier paquet de ligament large lié à la commissure de la plaie vaginale; on procède ensuite de la même manière à droite et on termine en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'utérus, en particulier le cul-de-sac antérieur du péritoine. Enfin, un point de suture placé à chaque commissure de la plaie vaginale la rétrécit suffisamment sans la fermer. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le cul-de-sac de Douglas.

Quelques modifications ont été faites à ce procédé. Ainsi Fritsch va tout d'abord à la recherche des artères utérines, les incise et place une ligature sur chacune d'elles. Olshausen fait la ligature élastique et définitive des ligaments larges. Hegar et Kaltenbach préconisent aussi la ligature élastique et en masse des ligaments larges, mais à titre provisoire. Ils la remplacent, dès que l'utérus est enlevé, par des ligatures partielles à la soie.

Jennings fait aussi une ligature provisoire en masse, mais avec un fil de soie et ensuite il met soit des pinces, soit des ligatures partielles. M. Demons fait ses ligatures au catgut. Coudereau avait proposé théoriquement des ligatures métalliques que Schrœder et Olshausen ont employées puis abandonnées. Le professeur Le Dentu a proposé une aiguille porte-fil spéciale pour faciliter la ligature du premier ligament large. Malgré tous ces procédés la ligature des ligaments larges fut peu à peu abandonnée et la méthode suivante a été pratiquée par la plupart des chirurgiens.

Procédé de MM. Richelot, Péan. (*Hémostase par forcipressure.*) — Je décrirai ici l'hystérectomie vaginale telle que l'ont pratiquée au début MM. Richelot et Péan et tous les chirurgiens qui les ont suivis dans l'étude et la pratique de cette opération.

Les soins préliminaires sont faciles à prévoir ; le vagin est fortement nettoyé avec des injections au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée, pendant les 48 heures qui

précèdent l'opération. La veille la malade est purgée, le matin même on lui administre de bonne heure un grand lavement ; quelques instants avant l'opération les jambes sont enveloppées dans des bottes de ouate que la malade gardera pendant deux ou trois jours.

Sur la table d'opération la malade est placée dans la position dorso-sacrée pour la plupart des chirurgiens, et dans la position du décubitus latéral la fesse fortement relevée par un aide pour Péan. C'est une question peu importante, le chirurgien choisissant la position dans laquelle il est le plus à son aise pour opérer, parfois assez profondément. La vulve est rasée, savonnée, la vessie vidée ; les jambes de la malade sont relevées et tenues par les aides ou fixées dans des croissants fixés sur la table d'opération.

Les instruments nécessaires sont les suivants : trois écarteurs, dont une large valve postérieure pour abaisser la fourchette ; un bistouri court, un à long manche et à lame courte et droite ; des longs ciseaux utérins courbes sur le plat ; deux pinces érignes à mors simples, deux pinces fortes à mors tridentés, une pince à mors fenêtrés pour saisir les annexes ; huit pinces longuettes à mors droits, quatre à mors courbes pour les ligaments larges, une vingtaine de pinces hémostatiques ordinaires, une dizaine de pinces hémostatiques longues de 15 centimètres ; un hystéromètre. Enfin, comme la vessie ou le rectum peuvent être lésés, il faut préparer des aiguilles, une pince à disséquer, du catgut et des crins de Florence (1).

On peut pour la commodité de la description schématiser l'opération et lui reconnaître six temps.

1er Temps : *Abaissement de l'utérus.* — L'index gauche étant mis en contact avec le col utérin, le chirurgien glisse une pince de Museux sur ce doigt, saisit la lèvre antérieure du col. Il peut en faire autant pour la lèvre inférieure, et en

(1) Richelot. Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale *Archiv. gén. de méd.*, juin 1893, et thèse Malapert, Paris, 1893.

tirant sur ces deux pinces il abaisse l'utérus à la vulve ou très près d'elle (utérus abaissable).

2° TEMPS : *Incision du vagin.* — Les grandes lèvres et la fourchettte étant écartées par les valves, l'utérus étant toujours maintenu abaissé par le chirurgien lui-même, celui-ci incise au bistouri le cul-de-sac antérieur du vagin tout près du col, sur le col même, à droite, à gauche, en avant, en arrière et sur les côtés. Sænger, pour éviter l'hémorrhagie des parois vaginales, conseille de faire l'incision des culs-de-sac du vagin au thermo-cautère ; quelquefois, en effet, un petit vaisseau peut donnner en incisant sur le col; on peut y mettre provisoirement une pince que l'on retire au bout de quelques minutes.

3° TEMPS : *Recherche et ouverture du péritoine.* — Avec le *doigt* ou les ciseaux le col utérin est isolé. Le chirurgien décolle successivement la vessie en avant, le rectum en arrière, en grattant le col utérin et sans s'écarter de lui; arrivé sur le cul-de-sac antérieur ou postérieur, celui-ci est ouvert aux ciseaux et l'ouverture agrandie avec le doigt.

4° TEMPS : *Bascule de l'utérus.* — Le doigt introduit par l'ouverture du cul-de-sac postérieur explore la face postérieure et le fond de l'organe ; celui-ci est attiré en bas et en arrière avec le doigt ou avec une pince-érigne (Richelot) de façon à le faire sortir par l'incision du cul-de-sac postérieur. Par ce mouvement de bascule les ligaments larges sont repliés sur eux-mêmes, leur bord inférieur regarde en haut et en avant, le supérieur en bas et en arrière. On peut n'ouvrir qu'à ce moment le cul-de-sac péritoneal vésico-utérin.

Czerny, Fritsch, Demons conseillent la bascule en avant à cause de l'antéversion normale de l'utérus; Martin et Schrœder préconisent le renversement en arrière.

Certains auteurs craignant d'infecter le péritoine en opérant cette bascule qui porte le col en avant ou en arrière, se contentent d'un abaissement forcé (Bilroth, Léopold, Olshausen).

5° TEMPS : *Hémostase et section des ligaments larges.* —

Rien n'est plus facile alors de placer de haut en bas (par rapport à l'opérateur, mais de bas en haut pour le ligament large) une pince longuette de 6 centimètres de mors environ sur le ligament large gauche qui est saisi sur toute sa hauteur, ce qui est facile à vérifier. La section du ligament large se fait tout contre l'utérus pour que les tissûs sectionnés forment un bourrelet contre la pince et l'empêchent de glisser. Pendant tout ce temps l'hémostase se fait avec des tampons montés sur des pièces à anneaux dorés.

L'opérateur fait ensuite la même manœuvre pour le côté opposé.

6ᵉ Temps : *Hémostase complémentaire.* — Parfois quelques vaisseaux donnent sur la tranche postérieure du vagin ou dans le tissu cellulaire prérectal. M. Richelot place alors deux ou trois petites pinces hémostatiques dont un des mors est appliqué sur le péritoine et l'autre sur la muqueuse vaginale, faisant ce qu'il appelle « l'ourlet péritonéal », ce qui est plus simple que la suture vagino-péritonéale de Martin ; M. Péan ferme toujours l'ouverture du vagin. En Allemagne, également, on fait souvent la suture complète de la plaie péritonéo-vaginale.

Le drainage du péritoine est inutile, les pinces assurent l'écoulement de la sérosité post-opératoire et une mèche de gaze iodoformée absorbe celle-ci.

Le pansement se fait avec des tampons d'ouate iodoformée qui en même temps isolent les pinces des parois du vagin, pour éviter la compression de celui-ci.

La malade est sondée de nouveau, une couche de ouate aseptique est mise entre la vulve et les pinces ; l'opérée est placée dans son lit, les jambes repliées et maintenues élevées sur un gros coussin placé sous les jarrets.

Au bout de 48 heures, on enlève les pinces avec beaucoup de douceur ; la vulve et l'entrée du vagin sont lavées. Ce n'est que le 6ᵉ et 7ᵉ jour que le premier pansement est enlevé ; à ce moment le péritoine a contracté des adhérences et la plaie vaginale est très réduite. Au bout de trois semaines la

malade peut se lever et la plaie vaginale est tout à fait cicatrisée, en général au bout d'un mois et demi environ.

Revenons avec quelques détails sur les fautes et écueils des différents temps.

1° Dans le cas de col cancéreux, il faut, avant de faire l'abaissement, abraser avec la cuillère tranchante toutes les fongosités, arriver sur du tissu utérin résistant et faire un nettoyage et une désinfection complète du vagin sans quoi les débris iraient infecter le péritoine ou faire des greffes cancéreuses sur les bords de la plaie. M. Pozzi conseille même de faire cette petite opération préliminaire huit jours auparavant.

2° Dans l'incision du vagin il faut toujours se tenir contre l'utérus qui sert ainsi de conducteur; si on s'en écarte trop en dehors, on va blesser la vessie, l'uretère, le rectum à coup sûr; si on s'en écarte trop en dedans on pénètre dans le tissu utérin lui-même dont on fait une décortication peu dangereuse, mais bien pénible.

3° En allant à la recherche du péritoine, c'est le doigt seul qu'il faut employer pour repousser tous les tissus péri-utérins. Tout au plus si ces tissus sont un peu résistants on emploiera les ciseaux courbes dont la concavité doit toujours être tournée du côté du col.

Si à ce moment on a blessé la vessie ou le rectum, on fera plusieurs plans de suture de leurs parois en employant pour combler la perte de substance du tissu cellulaire voisin. La rétraction de la cicatrice suffit souvent à amener la guérison de ces fistules et fait plus que toutes les opérations auto plastiques auxquelles on aura recours d'ailleurs plus tard si la fistule persiste.

4° Pendant la bascule de l'utérus, le segment inférieur est toujours maintenu par la pince à traction, si bien que l'utérus se plie en deux, col et corps dans le vagin et que les souillures du museau de tanche ne vont pas toucher le péritoine.

Si l'utérus ne peut pas basculer, mais se laisse abaisser, il

faut faire la manœuvre suivante : Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche, le dégagement du col, on introduit l'index de la main gauche en avant de l'utérus et on accroche le bord supérieur du ligament large, puis prenant une pince longuette, on introduit un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre, dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé, on pousse de bas en haut et le doigt placé en crochet indiquera si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur de ce ligament ; on serre la pince, puis le ligament est coupé. L'utérus se laisse alors facilement attirer et la seconde pince est placée à ciel ouvert.

Si l'utérus ne se laisse pas abaisser il faut faire le *pincement progressif et ascendant* des ligaments larges de la façon suivante : On saisit la moitié inférieure des ligaments larges des deux côtés ; puis on coupe le long de l'utérus dans toute la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer et on place d'autres pinces sur la moitié supérieure de chaque ligament large. Nous retrouverons cette manœuvre à propos de l'hystérectomie par morcellement.

5° Si le mouvement de bascule ne peut pas se faire et que l'on est obligé d'introduire directement les pinces dans le petit bassin, il ne faut serrer sa pince que quand on a senti l'extrémité des mors avec le doigt placé dans le péritoine, ce qui permet d'éviter le pincement d'une anse intestinale.

6° L'hémostase complémentaire doit être soignée pour éviter toute inquiétude au chirurgien.

Il faut éviter enfin que les pinces ne compriment soit le vagin, soit le rectum ou la vessie, car des eschares pourraient se produire.

B. — Hystérectomie vaginale par morcellement ou par section de l'utérus

Quand l'utérus ne peut être enlevé d'un seul bloc, il faut évidemment le morceler pour le faire passer par la filière

génitale. Or, cela est nécessaire quand cet organe est soit : 1° volumineux avec peu ou pas d'adhérences; c'est-à-dire mobile ou mobilisable; soit 2° complètement adhérent et par suite immobilisable.

Disons-le dès maintenant, cette méthode de morcellement de l'utérus a été appliquée par M. Péan tout d'abord pour toutes les tumeurs en général, puis à l'utérus en particulier; aussi pour ceux qui veulent donner un nom au morcellement de l'utérus on peut donner à cette opération le nom d'opération de Péan.

1° — *Utérus volumineux sans ou avec peu d'adhérences.*

Il s'agit ici surtout d'utérus fibromateux. Tantôt ce sont des fibromes pelviens et notamment des fibromes du ligament large qui refoulent l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne et bombent fortement dans le fond du vagin.

Tantôt le fibrome siège au-dessus de l'utérus qu'il refoule en bas ; ici c'est l'hystérectomie qu'il faudra faire tout d'abord avant de s'attaquer au fibrome lui-même. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le ou les fibromes sont intra-utérins et par conséquent le morcellement de l'utérus doit être fait en même temps que l'hystérectomie. Dans ces trois cas celle-ci peut donc être ou consécutive ou primitive, c'est-à-dire préliminaire, ou enfin simultanée (Segond).

Comme pour l'hystérectomie vaginale sans morcellement, subdivisons l'opération en plusieurs temps. Disons tout d'abord qu'ici toutes les variétés de pinces à tractions seront utiles, surtout la pince de M. Segond dont un des mors est denté et dont l'autre est plat, faisant office de spatule.

1er Temps : *Incision du vagin.* — L'utérus étant abaissé autant que possible, la muqueuse vaginale doit être incisée à son insertion sur le col.

2e Temps : *Dissection du col.* — Cette dissection doit être faite avec l'ongle et le bec de l'écarteur manœuvré comme une rugine. On agit sur les faces antérieure et postérieure du col; sur les parties latérales, on ménage les insertions des ligaments larges. Ici encore il faut raser l'utérus qui sert de conducteur.

3e Temps : *Hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges.* — Le col utérin est dégagé dans toute sa hauteur, ses faces antérieure et postérieure sont libres. Le doigt pince le bord inférieur du ligament large, reconnaît, si possible, les battements de l'artère utérine et met sur le ligament et en même temps sur l'artère une pince longuette courte. C'est donc ici l'hémostase par forcipressure progressive ascendante.

4e Temps : *Ablation du col.* — L'hémostase du col étant ainsi assurée, on sectionne une grande partie des ligaments larges qui a été saisie, mais non pas toute pour éviter une hémorrhagie. On sectionne le col transversalement en introduisant une des branches des ciseaux dans le col et l'autre sur les faces latérales. On obtient ainsi deux valves, une antérieure qui servira de moyens de traction, l'autre postérieure qui est enlevée aux ciseaux.

5e Temps : *Ouverture du péritoine en avant et en arrière.* — Tout en tirant sur l'utérus pour l'abaisser, le doigt ou le bec de l'écarteur détachent la vessie de la face antérieure de la matrice. Arrivé sur le cul-de-sac péritonéal on l'ouvre et avec le doigt on agrandit la boutonnière ainsi faite ; on repousse en avant et sur les côtés les deux uretères accolés à la vessie.

En arrière le cul-de-sac recto-utérin est ouvert et un écarteur postérieur protège le rectum, de même qu'un écarteur antérieur protège la vessie.

6e Temps : *Hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges.* — Continuant l'hémostase par forcipressure progressive ascendante le chirurgien place à droite et à gauche une pince longuette dont les mors embrassent le reste ou une partie des ligaments larges de chaque côté. Le doigt consta tant toujours ce que le pince enserre.

7e Temps : *Morcellement du corps utérin.* — Le chirurgien peut alors avec le bistouri ou les ciseaux à longs manches enlever par fragments de forme variable des morceaux d'utérus ou de fibrome. Il faut toujours, avant de se débarrasser d'un fragment de tissu utérin, faire une nouvelle

prise. Pour cela on détache seulement en partie le morceau qu'on veut enlever et agissant par son intermédiaire, on abaisse le reste du corps de l'utérus qu'on saisit avec une nouvelle pince; sans cette précaution on risquerait de voir ce qui reste d'utérus remonter et disparaître dans le petit bassin.

Tel est le morcellement par sections transversales successives des deux valves utérines après solide hémostase (Péan).

8e Temps : *Ablation des annexes.* — Tout l'utérus étant enlevé, on peut attirer dans la plaie soit avec les doigts, soit avec une pince, les annexes, quand elles ne sont pas trop adhérentes. Une pince est mise sur leur pédicule, puis elles sont enlevées. L'hémostase définitive est vérifiée en faisant l'ourlet péritonéal de Richelot, décrit précédemment.

Revenons sur quelques détails. Dans l'incision du vagin il faut bien raser l'utérus, car dans le cas de fibrome la vessie descend parfois très bas sur la face antérieure du col.

Dans la dissection du col il faut agir prudemment et surtout sur la ligne médiane.

Dans l'hémostase de la partie inférieure des ligaments larges il faut tâcher de sentir les battements de l'artère utérine. Il ne faut pas vouloir prendre trop de tissu à la fois dans les mors de la pince; il vaut mieux faire la prise des ligaments larges en plusieurs temps par étages, mais dès le début il faut pincer l'utérine qui conserve toujours les mêmes rapports avec le col. Autour des utérus fibromateux rampent quelquefois de gros vaisseaux qu'il faudra pincer.

En sectionnant le ligament large il faut raser l'utérus et non les pinces.

Dans le morcellement de l'utérus il est à noter qu'au début on ne peut enlever que des fragments très petits, mais à mesure qu'on avance, on arrive à en extraire des segments de plus en plus volumineux.

MM. Péan et Segond conseillent de poursuivre la section transversale commencée sur le col et de diviser ainsi l'utérus

en deux valves antérieure et postérieure qui sont ensuite morcelées.

M. Richelot agit surtout sur la face antérieure de l'utérus. Après l'ablation d'un fragment de cette face, la traction fait apparaître un nouveau segment et on peut gagner rapidement le fond de l'organe. La paroi postérieure de l'utérus est alors enlevée et morcelée de haut en bas, c'est-à-dire de la base vers le col. Cette manœuvre est facile et évite de blesser le rectum.

Si l'utérus descend mal, il faut se défier des coupes transversales, car le moignon donnerait une mauvaise prise ; aussi il vaut mieux placer deux pinces à droite et à gauche ; opérer sur la ligne médiane, creuser l'utérus par des sections verticales ou obliques et continuer progressivement de bas en haut cet évidement central. M. Segond recommande de morceler surtout sur la ligne médiane ; l'utérus sous l'influence des tractions s'enfonce comme un coin vers la vulve en faisant lui-même son hémostase par compression. C'est ce que M. Segond a appelé l'*évidement conoïde central sans hémostase latérale préalable* (1). Quand on voit les cornes utérines, on entrevoit la fin de l'opération. Si dans le cours du morcellement la pince à lâché prise, le fibrome peut s'échapper et remonter dans le bassin. Il faut l'abaisser par des pressions sur l'abdomen et avec le doigt aller à sa recherche dans l'excavation pelvienne. Ici encore pas un fragment de tissu n'est saisi, pas un coup de ciseaux ou de bistouri n'est donné sans que l'opérateur voie exactement la région sur laquelle va porter l'instrument.

Quelquefois la masse tubo-ovarique est haut située, très adhérente, le doigt l'atteint à peine. Il faut fortement attirer la corne utérine correspondante, les parties descendent légèrement et peuvent être décollées. Les choses se passent comme dans une laparotomie difficile où d'abord les organes

(1) SEGOND. *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 572, et *Annales de gynécologie*, mars 1891.

paraissent enfouis dans une masse confuse et cependant, isolés à petits coups, ils finissent par venir à la surface. Si les doigts ne peuvent suffire, il faut prendre la masse tubo-ovarique avec des pinces, mais sans l'écraser, l'attirer sans violence et la trompe se déroule. Enfin il est des cas où un magma fibreux englobe les ovaires et les trompes qui restent soudées derrière le ligament large : il vaut mieux en rester là et faire une pure « castration utérine »; les organes non enlevés s'atrophient dans la suite.

L'opération de Péan a subi quelques modifications, mais au fond il s'agit toujours du morcellement de l'utérus.

MODIFICATION OU PROCÉDÉ DE MULLER. — Ce chirurgiens fend verticalement tout d'abord l'utérus en deux moitiés symétriques après l'avoir renversé ou simplement attiré en bas. Cela fait, on peut attirer chaque moitié de l'utérus avec son ligament et on lie ce dernier très facilement des deux côtés.

MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE M. QUÉNU (1). — Quand le col est bien dénudé et seulement alors, M. Quénu fend le col en avant et en arrière, de façon à le séparer en deux moitiés latérales. Les pinces à traction sont alors remontées un peu plus haut et toujours sur les côtés. Une nouvelle portion d'utérus se présente, on la dénude et on continue la section antéro-postérieure. On arrive rapidement au fond de l'utérus, on l'accroche avec les doigts introduits dans le péritoine et on achève son incision médiane. On touche à mesure qu'elle apparaît la muqueuse utérine avec une solution de chlorure de zinc au 1/10.

Saisissant alors isolément chaque moitié de l'utérus près du fond, on les attire au dehors et on place une pince longue sur chaque ligament large, puis l'utérus est enlevé. Pour terminer M. Quénu suture le péritoine du cul-de-sac postérieur à la muqueuse vaginale. Pour être sûr de son hémostase le chirurgien de Cochin plaçait tout d'abord une liga-

(1) QUÉNU. *Ann. de gynécologie*, mai 1892, et ROUTIER, *ibidem*.

ture sur l'étage inférieur du ligament large, mais maintenant il y place une pince à mors courts et forts. Enfin, M. Quénu met une ligature en masse par-dessus la pince qui tient les ligaments larges quand les extrémités de cette pince sont écartées.

Tandis que Muller ne sectionne l'utérus qu'après sa libération et même après l'avoir fait bomber dans le vagin, M. Quénu divise le col dès le début. Muller n'avait pour but d'enlever que des utérus cancéreux. M. Quénu emploie son procédé pour ouvrir des poches purulentes qui siègent au-dessus.

MODIFICATION OU PROCÉDÉ DE M. DOYEN. (*Hémisection médiane antérieure et hémostase consécutive.*) — Le vagin est dilaté par un pessaire Gariel à air comprimé pendant 48 heures. L'opération comprend les différents temps suivants :

1° Abaissement du col. Section circulaire du vagin ; ouverture du cul-de-sac de Douglas ; décollement de la face postérieure de l'utérus, s'il y a des adhérences pelviennes.

2° Refoulement de la vessie et des uretères avec l'index droit. *Section longitudinale de la paroi antérieure du col* et ouverture au premier ou au deuxième coup de ciseaux du cul-de-sac péritonéal antérieur.

3° Abaissement progressif de la partie antérieure du corps utérin par des prises successives faites à l'aide de 4 pinces qui le saisissent de plus en plus haut ; on prend soin après chaque prise de prolonger la section de la paroi antérieure de l'organe, afin de faciliter son mouvement au dehors. *Si l'utérus est trop volumineux, section en V de sa paroi antérieure et extraction par morcellement du V ainsi obtenu.* qui peut cependant assez souvent être sorti en entier hors de la vulve grâce à des tractions latérales alternatives et bien combinées (fig. 3).

4° Le fond de l'organe est attiré au dehors et à sa suite les annexes, dont les adhérences sont au besoin détachées avec le doigt. S'il existe des poches ovariennes ou tubaires

en même temps que le fibrome, on les incise pour en diminuer le volume.

5° Application sur l'un des ligaments larges, le gauche d'habitude et au-dessus des annexes, d'une pince à pression élastique, introduite presque verticalement de haut en bas.

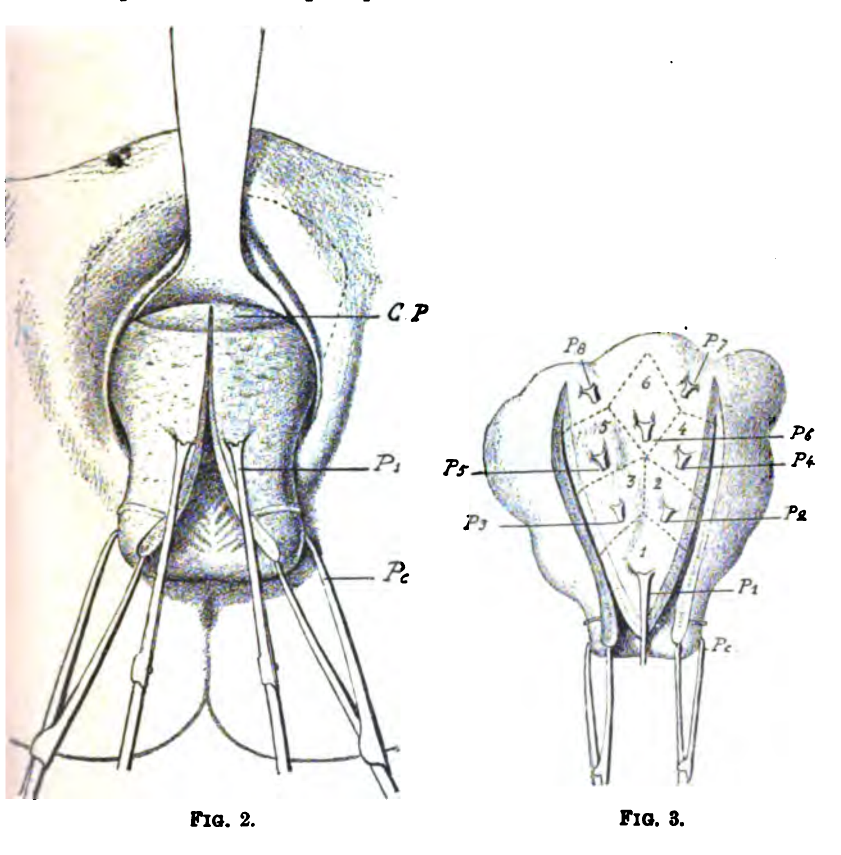


Fig. 2. Fig. 3.

Une pince plus grêle est placée au-dessous de la grande pour plus de sécurité et le ligament est sectionné en dedans d'elle.

6° Pincement du 2e ligament au-dessus des annexes et libération de l'utérus.

Si la vulve n'est pas trop étroite et *si l'utérus ne se montre*

que doublé de volume, il suffit de faire une simple hémisection longitudinale antérieure de l'utérus. Pour faire cette hémisection, l'utérus est saisi à droite et à gauche par des pinces appliquées sur les bases de la section longitudinale ; en tirant sur les pinces, l'utérus s'abaisse et on donne un nouveau coup de ciseau pour prolonger cette section longitudinale. Les pinces sous-jacentes sont enlevées, replacées

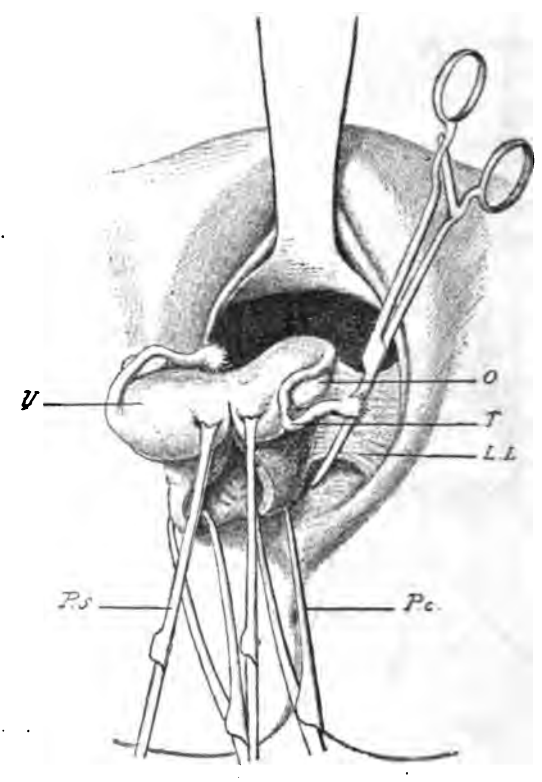


Fig. 4.

plus haut et finalement la section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus. Celui-ci est alors basculé en avant, sorti de la vulve, et les pinces, appliquées presque verticalement *de haut en bas,* saisissent au delà des annexes la totalité

du ligament large. Si la grande pince, ce qui est bien rare, n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes, M. Doyen place ensuite au delà de l'ovaire et de la trompe une pince plus petite et on résèque ceux-ci. M. Doyen emploie les pinces à mors concaves et élastiques suivant leur lon-

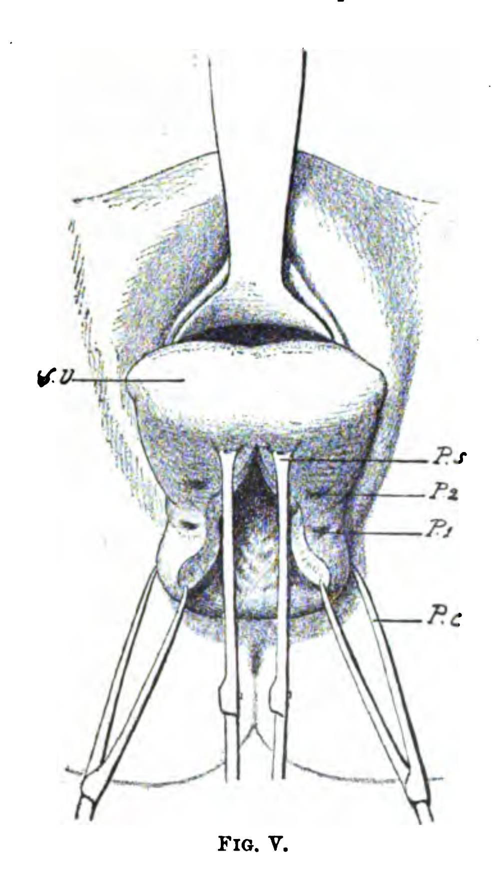


FIG. V.

gueur; quand elles serrent au maximum, leurs mors sont en contact sur toute leur longueur.

Ainsi M. Doyen base l'originalité de sa méthode : 1° sur l'absence de toute hémostase préventive; 2° sur l'extraction de l'utérus à l'aide de la section longitudinale simple ou

en V de sa paroi antérieure; méthode *spéciale* de morcellement; 3° sur la forcipressure en masse des ligaments larges *de haut en bas*, ce qui permet parfois de n'appliquer que deux pinces.

On a beaucoup discuté sur l'originalité du procédé de M. Doyen. Je crois que l'on peut poser les conclusions suivantes, émises par M. Baudron (1):

Le procédé en V unique sans morcellement est un procédé original dérivé du procédé de l'hémisection antérieure, il appartient absolument à M. Doyen.

Le procédé de morcellement, type employé par Péan, le procédé des V successifs vanté par Doyen, le procédé de l'évidement central conoïde de Segond, ne sont tous que les adaptations personnelles d'une méthode chirurgicale unique: le morcellement. Le procédé de Doyen ne diffère des deux autres que par un point secondaire, la conservation du col. La conséquence est l'inutilité de toute hémostase préventive.

Ajoutons pour notre part que le pincement des ligaments larges de haut en bas permet peut-être de placer les pinces plus loin du bord correspondant de l'utérus, ce qui a une certaine importance dans le cas de cancer.

MODIFICATION OU PROCÉDÉ DE M. CHAPUT. — M. Chaput fait le *débridement de la vulve* pour faciliter les manœuvres intra-vaginales et le *drainage abdomino-vaginal* pour drainer les poches péri-utérines.

Dans le débridement unilatéral, l'incision commence à 2 cent. au-dessus de la fourchette et se dirige vers l'ischion sur une longueur de 4 à 5 cent. Dans le vagin elle se prolonge à 5 cent. des bords de la vulve. Si la vulve est par trop étroite et la tumeur utérine trop volumineuse M. Chaput fait le double débridement. Roux et Récamier incisaient le périnée en partie et Langenbeck, Lizars le divisaient sur toute sa hauteur.

---

(1) BAUDRON. De l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins. *Mercredi médical*, 3 mai 1893.

Dans le drainage abdomino-vaginal, M. Chaput commence par faire une incision sus-pubienne de toute la paroi abdominale ; puis l'hystérectomie étant faite un tube est introduit par la plaie abdominale jusque dans le vagin, puis remontée de 4 à 5 cent. au-dessus de la plaie vaginale. Des irrigations sont faites pour nettoyer le péritoine pelvien.

2° — UTÉRUS COMPLÈTEMENT ADHÉRENT. (*Hystérectomie pour suppurations pelviennes.*)

Ici les annexes et tous les organes du petit bassin forment une seule masse dans laquelle l'utérus est enclavé. C'est une sorte de drainage ; on enlève « la bonde » qui empêche l'écoulement du pus. Il faut ouvrir les poches purulente péri-utérines. Il sera bon au préalable de faire un curettage utérin si c'est possible (Segond). Pour l'opération il faut procéder de la façon suivante :

La malade doit de préférence être placée dans la position dorso-sacrée et le pus fusera naturellement au dehors et non dans la cavité pelvienne comme cela peut se produire dans la position en décubitus latéral.

1er TEMPS : *Incision de la muqueuse vaginale.* — Cette incision est plus difficile, à cause de la situation élevée du col. Elle est faite près de l'extrémité libre du col, les culs-de-sac vaginaux n'existent plus, ils sont comblés par les adhérences.

2e TEMPS : *Libération du col.* — Elle est faite avec le doigt et aussi haut que possible en suivant l'utérus comme conducteur. Si chemin faisant on rencontre déjà des poches il faut les ouvrir, mais sans aller à leur recherche et sans rien déchirer sans être sûr de ce que l'on fait. Quand une poche s'est ouverte dans le vagin, il faut fortement nettoyer et désinfecter celui-ci.

3e TEMPS : *Hémostase de l'étage inférieur du ligament large.* — Une pince est mise sur la base des ligaments larges sans dépasser les limites de la dénudation du col et en pinçant l'artère utérine à ce niveau.

4e Temps : *Ablation du col.* — Le col est alors enlevé, soit par incision transversale, soit par incision antéro-postérieure. Des pinces à traction sont placées sur le corps utérin.

5e Temps : *Morcellement. Ouverture des poches. Ablation des annexes.* — Il faut alors se tenir le plus près de la ligne médiane, enlever morceaux par morceaux le tissu utérin pour faire un drainage large des poches que l'on ouvre à mesure qu'on les rencontre. Le chirurgien met des pinces hémostatiques sur les points qui saignent ; il arrive plus ou moins vite sur la région des cornes utérines, il place sur celles-ci une pince longuette. Enfin il tombe parfois sur des poches qui communiquent avec l'intestin ou la vessie. Ces fistules se guérissent souvent d'elles-mêmes quand les poches sont nettoyées et aseptisées. Il faut, quand les poches sont vidées et lavées, s'efforcer de détacher les annexes, les amener au dehors et les réséquer après forcipressure. Mais cette opération complémentaire n'est pas souvent possible.

Les jours suivants les poches sont lavées ; celles qui n'auraient pas été ouvertes pendant l'opération s'ouvrent souvent plus tard d'elles-mêmes. Peu à peu les parois de la poche se rétractent, les tissus mortifiés s'éliminent et la cicatrisation a lieu par bourgeonnement.

Il est des cas où l'extirpation totale de l'utérus est impossible ; le fond de l'organe se dérobe et il est prudent de l'abandonner ; cela a peu d'inconvénients si toutes les poches suppurées ont été ouvertes. Mais souvent le moignon utérin infecté ne s'atrophiera pas du tout, il sera la source de véritables règles et de poussées inflammatoires voisines (1).

En somme, dans l'hystérectomie vaginale par morcellement pour suppuration pelvienne et avec adhérences, on peut procéder par étapes successives dont chacune consiste à

(1) Lafourcade. De l'*hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines*. Thèse, Paris, 1893.

enlever une tranche transversale de tissu utérin, les sections étagées étant parallèles entre elles. Chacune de ces étapes comprend 4 temps : 1° libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° section des ligaments larges pincés préventivement; 3° division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes; 4° excision des deux valves ainsi obtenues (Segond). Mais si l'utérus est peu abaissable il faut, après la première étape du morcellement, faire des sections verticales et obliques près de la partie médiane; elles permettent à l'utérus de s'abaisser. L'hystéromètre permet de ne jamais perdre de vue la cavité utérine dont on connait les dimensions par une mensuration préalable.

Évidemment si l'utérus est petit et abaissable on ne fait pas le morcellement. Mais si, outre les poches suppurées pelviennes, il y a des fibromes, il faut faire, soit le morcellement par résections transversales successives de deux valves utérines obtenues par sections transversales de l'organe après solide hémostase préventive, soit l'évidement central conoïde sans hémostase préventive préalable (Segond), soit le procédé de M. Doyen, ou celui de M. Quénu ; mais nous nous rallions volontiers à la formule de M. Lafourcade : A) Utérus abaissable : incision médiane. B) Utérus non abaissable : morcellement.

Dans l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes les complications opératoires sont : la friabilité de l'utérus, la hernie de l'intestin grêle et de l'épiploon, l'hémorrhagie opératoire, le pincement ou la blessure de l'uretère, du rectum, de la vessie, de l'intestin grêle. Les complications post-opératoires sont le shock, l'hémorrhagie secondaire le jour de l'opération ou au moment de l'ablation des pinces, les fistules urétérales ou vésicales ou intestinales, la péritonite, plus rare qu'on serait tenté de le croire, la tympanite, la fistule purulente vaginale persistante, qu'il faut parfois maintenir béante.

Mais ces complications sont relativement rares, et au point

de vue des résultats opératoires, il faut reconnaître que l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes ne serait pas plus grave que la laparotomie. D'après M. Lafourcade, les statistiques le prouveraient. L'hystérectomie vaginale donnera cependant souvent lieu à des surprises. Nous avons, en effet, publié un cas de suppuration pelvienne où la poche n'aurait pas pu être enlevée, ni ouverte par l'hystérectomie vaginale; à notre avis c'est l'intestin grêle qui aurait été ouvert inévitablement (1). De plus nous pensons que l'exploration pelvienne par le cul-de-sac postérieur ne sera jamais aussi exploratrice que la laparotomie. Quant aux résultats éloignés, il faut avouer que l'opération de Péan est encore trop récente pour pouvoir être jugée impartialement à ce point de vue. Dans quelques cas il a fallu faire une laparotomie complémentaire parce que des *poches situées trop haut* n'ont pu être ouvertes par le vagin, ou parce que le moignon de l'utérus représentant le fond de l'organe n'a pu être enlevé et a continué à infecter le petit bassin, d'où formation de nouvelles poches.

Assurément pour faire une comparaison impartiale entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie, il faudrait tenir compte et bien séparer les cas difficiles de part et d'autre; comparer les cas où on opère « à froid » et ceux où on opère en pleine période aiguë; bien distinguer les cas où le pus était ou n'était pas virulent. Le grand avantage de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, c'est de bien drainer toutes ou presque toutes les poches purulentes et grâce à un dôme d'adhérences sus-pelviennes, on opère pour ainsi dire en dehors de la grande cavité péritonéale. Sans vouloir entrer dans une discussion étendue sur la comparaison entre les deux méthodes en présence (comparaison pour laquelle nous renvoyons au plaidoyer de

---

(1) MAUCLAIRE et PICHEVIN. Suppuration pelvienne unilatérale. Ablation des annexes. Récidive du côté opposé; laparotomie; mort; comparaison avec l'hystérectomie vaginale. *Ann. de gynécologie*, avril 1893, p. 400.

M. Lafourcade, favorable pour l'opération de Péan) (1) nous croyons pouvoir conclure d'une manière générale, que la situation de la ou des poches à enlever ou à drainer a une grosse importance. Si la poche est élevée et si les lésions sont unilatérales il faut faire l'opération de Lawson Tait ; si la ou les poches sont pelviennes, en contact avec un cul-de-sac vaginal et bilatérales, il faut faire l'opération de Péan. Les résultats éloignés de celle-ci ne seront pas sans influence sur ses indications quand les cas opérés seront encore plus nombreux Il faut reconnaître que cette nouvelle méthode a bien résisté aux critiques dont elle a été l'objet ; quelques-uns mêmes de ses adversaires primitifs l'ont adoptée dans certains cas déterminés.

CORRESPONDANCE

LA SYMPHYSÉOTOMIE AU CANADA

A M. LE Dr VARNIER

Montréal, 6 septembre 1893.

MON CHER COLLÈGUE,

Dans votre lettre du 22 mai vous avez bien voulu me proposer de devenir votre correspondant à Montréal et de vous tenir au courant du mouvement symphyséotomiste au Canada.

Dans ma réponse du 10 juin j'ai accepté votre offre bienveillante et je vous ai donné sur l'opération de Springle, la première faite au Canada, quelques détails que je complète aujourd'hui. J'y joins le compte rendu de la seconde symphyséotomie pratiquée par moi le 3 mai, plus celui d'une troi-

---

(1) Voir : POZZI et BAUDRON. *Revue de chirurgie*, 1891 ; F. TERRIER et HARTMANN. Remarques cliniques, anatomiques et opératoires, à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération. *Annales de gynécologie*, mai 1893, et POZZI. *Congrès de chirurgie* (*Ibidem*).

sième opération des Drs Burns et Atherton, publiée dans le *Dominion medical Monthly* de juillet 1893.

Croyez, etc.

Dr J. CHALMERS CAMERON.

Professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Université Mac Gill (Montréal).

1er *cas*. — Dr SPRINGLE, de Montréal (5 déc. 1892).

Mme M. L..., primipare, 25 ans, bien portante depuis son mariage qui remonte à 4 ans. Le travail commença le 4 décembre; rupture prématurée des membranes. Le Dr Springle la voit le 5 au matin. Orifice complètement dilaté depuis 3 heures du matin; tête non engagée. La mensuration du bassin fait estimer le conjugué vrai à 75 millim. Le forceps est appliqué mais ne parvient pas à entraîner la tête. Les assistants perçoivent le vagissement intra-utérin. A 9 heures du matin l'utérus étant solidement contracté sur le fœtus et la tête fixée à l'entrée du bassin la symphyséotomie est pratiquée. Longue incision partant de 2 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Après section complète de la symphyse les os s'écartent de 25 millim. et l'enfant est facilement extrait par le forceps. Il pèse 3,629 gr. et mesure 53 cent.

Voici les dimensions de la tête:

Bi-temporal 88mm.
Bi-pariétal 94. Oc. mentonnier 145mm.
Oc. frontal 120. Circonférence 335.

Diamètre bis-acromial, 155; circonférence, 405.

L'opération fut pratiquée dans une petite chambre d'un quartier pauvre. Il y eut une déchirure du périnée et une des sutures donna lieu à quelques troubles consécutifs par un peu d'infection locale. La plaie ne se réunit pas bien ni vite, bien que la symphyse ait été bien unie. Une fistule persista quelque temps; une esquille fut éliminée; alors seulement la plaie se ferma. L'opérée guérit bien et a pu nourrir son enfant. Tous deux ont été présentés le 10 mai à la Société médico-chirurgicale de Montréal.

2e *cas*. — Dr J. CHALMERS CAMERON, de Montréal (3 mai 1893).

M. K..., primipare, 20 ans. Début du travail le 2 mai 1893 à 11 h. 30 du matin; douleurs vives, violentes et presque continues dès le début. Enfant vivant; tête non engagée, occiput à gauche.

Chloral, opium et chloroforme furent successivement administrés pour calmer les souffrances de la parturiente. Battements fœtaux **forts, 120 à 140.**

Les membranes se rompent à 11 h. 45 du soir. L'accouchement n'avançant pas, la symphyséotomie fut pratiquée par moi le 3 mai à midi et demi. J'opérai d'après les indications de Pinard. L'opération dura 15 minutes et une application de forceps permit d'extraire aisément un enfant vivant de 7 livres 1/2, mesurant 56 cent. de long et dont les diamètres étaient :

O.M. 120mm S.O.B. 90mm.
O.F. 127 Bi-pariétal 92.

Circonférence occipito-frontale, 350 millim.
— sous-occipito-bregmatique, 315 millim.

Circonférence des épaules, 362.
— du bassin, 280.

L'écartement du pubis pendant l'opération a été mesuré à l'aide de l'écarteur-enregistreur de Pinard :

Après la section de la symphyse, 20 millim.

Lors de l'engagement de la tête, 40 millim.

Lors du passage au détroit inférieur et du dégagement, 55 millim.

Après l'extraction, 20 millim.

L'écoulement sanguin céda au tamponnement. Deux sutures profondes au fil d'argent et deux superficielles de crin de Florence ; pas de suture osseuse.

A la suite de l'accouchement, bien que l'urèthre n'ait pas été lésé il y eut de l'incontinence d'urine qui disparut complètement le 10e jour.

Les sutures furent enlevées le 8e jour ; réunion par première intention. Le 15e jour l'opérée put s'asseoir et le 19e jour elle se leva et commença à marcher.

Le 9 juin quand je présentai l'opérée avec son enfant à la Société médico-chirurgicale de Montréal la solidité de la symphyse était parfaite.

Voici les dimensions du bassin :

Entre les épines iliaques antéro-postérieures	230mm.
— les crêtes	260.
— les trochanters	295.
Conjugué externe	160.
Conjugué vrai	65.

Taille : 4 pieds 6 pouces 1/2, 1 mètre 38.

3e *cas.* — Drs Burns et Atherton, de Toronto.

Madame E..., primipare, 34 ans, taille 1 mètre 37, sans aucune difformité visible, mais ayant un bassin dont le conjugué vrai ne mesure que 3 pouces (76 millim.) entre en travail, à terme, le 28 juin. L'accouchement commença par la rupture des membranes. Le lendemain les douleurs furent très vives et énergiques, mais le fœtus ne s'engagea pas. On fit une application de forceps qui échoua. Le matin du 30 juin, la symphyséotomie fut faite et permit d'extraire vivant, 33 heures après le début du travail, un enfant du poids de 7 livres 9 onces. La mère et l'enfant sont bien; c'est donc un nouveau succès pour la symphyséotomie (1).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

L'électrolyse médicamenteuse interstitielle dans le traitement des fibromes utérins.

Sous le nom de méthode interstitielle ou encore de méthode de cataphorèse, MM. Labadie-Lagrave et L.-R. Regnier décrivent un nouveau mode d'application de l'électricité ayant pour but de substituer à l'action chimique s'exerçant au niveau d'électrodes inattaquables celle de substances chimiques, acides ou bases, qui naissent au pôle actif pour donner naissance, dans la région même du mal, à des corps jouissant d'actions thérapeutiques propres.

Cette nouvelle méthode d'application de l'électricité, née vers la fin de 1891, comprend deux variantes :

La première consiste à dégager au pôle positif, placé dans la cavité utérine, l'iode naissant d'une solution d'iodure de potassium mise en contact avec l'électrode. Cet iode, grâce aux propriétés dialytiques du courant, pénètre dans le tissu utérin et par son action propre favorise la résorption du fibrome; dans la seconde variante c'est l'électrode elle-même qui, attaquée au pôle positif, donne naissance à des oxychlorures qui jouissent de propriétés microbicides et hémostatiques.

Electrolyse à l'iodure de potassium. — L'électrode est une sonde à double courant en soie gommée contenant dans une de ses bran-

(1) Cette observation très écourtée a paru dans le *Dominion medical Monthly* de juillet 1893.

ches un conducteur métallique. Celui-ci porte le courant au manchon de platine qui recouvre l'extrémité intra-utérine de l'électrode sur une étendue de 4 centim. L'extrémité extra-utérine est bifide; elle reçoit par une ouverture le bec de la seringue injectant le liquide à électrolyser; elle est par l'autre en communication avec le fil de la pile qui aboutit à un bouchon métallique. A l'extrémité utérine, sur le manchon de platine, est pratiqué un orifice destiné à livrer passage au liquide d'électrolyse.

Comme solution à électrolyser on a conseillé l'iodure de potassium en solution aqueuse au dixième. Briggs préfère une des deux solutions suivantes :

Créosote de hêtre....................	1 à 10 gr.
Iode..................................	1 à 2 »

ou :

Créosote de hêtre....................	10 gr.
Iodure de sodium....................	0,05 centigr.
Iode..................................	1 à 2 gr.

Quelle que soit la solution choisie, on doit, d'après MM. Labadie-Lagrave et Regnier, opérer de la manière suivante :

« La malade étant couchée dans la position ordinaire d'examen au spéculum, on introduit d'abord celui-ci, puis l'extrémité active de l'électrode, en la faisant autant que possible pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. Cela fait, on retire le spéculum : on fixe à l'électrode le fil positif de la pile, le négatif étant relié à une plaque de zinc, recouverte de feutre et de peau de chamois, qu'on pose sur le ventre après l'avoir préalablement humectée d'eau chaude. On injecte alors dans la sonde le liquide à électrolyser et on commence à faire passer le courant en l'amenant progressivement à une intensité de 50 à 60 milliampères.

Cette intensité est maintenue pendant dix ou quinze minutes suivant la tolérance de la malade, puis on ramène progressivement le collecteur au zéro. La malade doit ensuite se reposer étendue pendant 2 à 3 heures, l'application restant généralement douloureuse pendant ce temps ».

Électrolyse avec l'électrode de fer. — Prenant une tige aussi grosse que possible, recouverte, à l'exception de ses 2 ou 3 cent. terminaux, d'une couche de vernis isolant à la gomme laque, on l'introduit jusqu'au fond de la cavité utérine. On y fixe le pôle

positif, mettant le négatif en communication avec la plaque abdominale.

On fait passer un courant d'intensité progressivement croissante jusqu'à 80 à 100 milliampères. Dès la troisième minute il est inutile de maintenir la tige qui se trouve fixée aux tissus par suite de la pénétration dans la muqueuse de l'oxychlorure dégagé. Au bout de dix à quinze minutes, durée de la séance, on ramène le collecteur au zéro, puis on change le renverseur de position et on fait passer le courant pendant deux ou trois minutes avec une intensité de 15 à 20 milliampères. L'opération est terminée quand on sent, en cherchant à imprimer des mouvements à la tige de fer, que celle-ci roule facilement et complètement sur son axe. On ramène alors la manette du collecteur au zéro, puis on retire la tige recouverte d'une couche noire d'oxychlorure naissant. Ce procédé a l'avantage d'utiliser à la fois l'action physique du courant et celle du corps naissant à la surface de l'électrode, corps qui pénètre la muqueuse.

D'après MM. Labadie-Lagrave et Regnier, auxquels nous avons emprunté les détails qui précèdent, l'électrolyse avec l'électrode de fer doit remplacer l'électrisation avec l'électrode de platine toutes les fois qu'on peut pénétrer complètement dans la cavité utérine ou même seulement dans le col.

(Traitement des fibromes utérins par l'électricité. *Arch. de médecine*, septembre 1886, p. 257.) H. H.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE ST-PÉTERSBOURG

Séance du 28 octobre (*Vratch*, n° 45, 1886).

S.-P. FICHÈRE. **Une opération césarienne.** — La malade, âgée de 37 ans, est arrivée au terme de sa première grossesse avec un bassin généralement rétréci (diamètre ant.-post. 5,5 6 cent. ; diamètre oblique, 7,25 cent.). Comme il n'existe ni contractions, ni douleurs, on attend ; au bout de 48 heures seulement il s'écoule des eaux sales et on constate alors que le col est effacé, mais les battements du cœur fœtal sont déjà faibles. L'opération césarienne est exécutée aussitôt, mais l'enfant, pesant 4000 gr., est retiré mort. L'opérée se rétablit sans accidents.

V. A. VASTEN. **Rupture utérine pendant le travail ; placenta dans la cavité abdominale. Amputation de l'utérus.** — La parturiente, âgée de 29 ans, en est à son neuvième accouchement ; il a été achevé à l'aide du forceps, mais la délivrance ne se faisant pas, la malade est transportée à l'hôpital. On trouve l'utérus contracté et vide, le cordon le traverse pour aller se perdre dans le ventre, où séjourne évidemment le placenta. La laparotomie confirme le diagnostic de rupture utérine et cette rupture étant grande et contuse, l'utérus est amputé, d'autant plus que l'infection était plus que probable. Le pédicule est cautérisé et abandonné dans le petit bassin ; le cul-de-sac de Douglas est drainé et l'opérée se rétablit complètement après quelques ascensions fébriles.

C. F. CHABELSKY a vu la malade pendant l'accouchement ; au moment où la tête s'engageait il y avait déjà au fond de l'utérus une rupture que l'on déterminait bien par le palper abdominal ; c'est pourquoi l'extraction a été faite au forceps, mais le placenta n'a pu être retiré.

Séance du 24 novembre (*Vratch*, n° 40, 1892).

N. J. RATCHINSKY rapporte un cas de **fistule intestino-utérine** et **intestino-vaginale**, survenue à la suite d'un accouchement au forceps. Trois semaines après l'accouchement elle se présenta à la clinique gynécologique : les matières fécales pénétraient dans le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur et toute communication était interrompue entre les segments du rectum situés au-dessus et au-dessous de la fistule, de sorte qu'il y avait en réalité un anus contre nature. On commença par le transformer en fistule ordinaire en détruisant l'éperon intestinal à l'aide de l'entérotome de Dupuytren ; lorsque le cours des matières fut rétabli, on sutura la fistule à deux reprises et elle finit par s'oblitérer. C'est alors seulement que l'on constata qu'il y avait entre l'intestin et le col de l'utérus une autre fistule par laquelle les matières liquides continuaient à passer. Ne voyant pas la possibilité de supprimer cette fistule, le professeur Ott fit la suture du col au-dessous de la fistule, suivant l'idée de Jobert de Lamballe. Le résultat fut satisfaisant ; les matières et les menstrues passèrent dès lors par le rectum.

V. N. MASSEN a observé un cas de **missed abortion** chez une femme de 29 ans non syphilitique, qui avait eu déjà cinq accouchements et une fausse couche. La mort du fœtus survint vers le

6e mois, l'accouchement eut lieu à terme. Les six premiers mois avaient été marqués par des accidents nerveux inquiétants, qui avaient cessé avec la mort du fœtus; à partir de ce moment jusqu'à l'accouchement la patiente avait perdu constamment de petites quantités de sang noir.

Séance du 26 novembre (Vratch, n° 49, 1892).

Présentation de pièces anatomiques par A. VASTEN : 1) une **tumeur myomateuse de l'utérus** enlevée par le vagin chez une nullipare; 2) un **myôme du volume d'une tête d'enfant de six mois** enlevé par l'hystérectomie sus-vaginale; 3) une **trompe droite rompue**, contenant un embryon; 4) un **kyste de l'ovaire avec parois incrustées de sels calcaires.**

Pièces présentées par le professeur OTT : 1) une **trompe gravide rompue**; 2) un **kyste dermoïde.**

K. S. BICLILORSKY lit **neuf observations de laparotomies** faites à l'hôpital de Petropalovsk (Sibérie) avec trois décès, dont l'un dû au tétanos, et deux à des accidents pulmonaires chroniques. Chez les opérées guéries il s'agit de kystes, de pyélonéphrite, de kyste hydatique d'un ovaire, de laparotomies exploratrices, etc. L'auteur fait observer qu'il a souvent opéré sans avoir pris de précautions antiseptiques et en n'observant que la propreté dans le sens vulgaire du mot. Les résultats ont été heureux dans ces cas.

Dr NEDEJDINE raconte l'histoire d'une **ovariotomie pour kyste avec pédicule tordu.**

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE KIEFF

Séance du 30 octobre (Vratch, n° 45, 1892).

M. A. VOSKRESENSKY communique une statistique de 11 **hystérectomies vaginales** avec un décès. Il incise la paroi vaginale sur l'utérus abaissé sans toucher au péritoine, pose ensuite des ligatures latérales en masse, de sorte que toute perte de sang est évitée. Alors seulement l'utérus est isolé des tissus voisins, le péritoine est incisé et les ligaments larges sont liés; enfin on enlève l'utérus et on suture partiellement le vagin. L'opération ainsi conduite est rapide et simple. Dans le cas avec issue mortelle, des

ligatures latérales en masse n'avaient pas été faites et les vaisseaux avaient été liés au fur et à mesure qu'ils se trouvaient ouverts.

Séance du 25 novembre (*Vratch*, n° 50, 1892).

M. A. VOSKRESENSKY rapporte le résumé de 20 **laparotomies** faites par lui à l'hôpital de Tchernigoff; il y a eu quatre décès, deux à la suite de laparotomies exploratrices, un consécutif à une ovariotomie, et un à la suite d'une hystérectomie pour myômes utérins. Il préfère l'hystérectomie extra-péritonéale.

N. K. NÉIOLOFF. **Des micro-organismes du cancer de l'utérus.** — Dans 7 cancers frais le rapporteur a trouvé des micro-organismes 7 fois; dans 16 pièces anciennes, conservées au musée de la clinique, il a également trouvé des micro-organismes 7 fois; il ne se prononce pas sur leur nature. NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH.

REVUE ANALYTIQUE

I. — MALFORMATIONS GÉNITALES

Rétention du liquide menstruel dans les cas d'utérus bicorne, avec atrésie unilatérale de l'utérus ou du vagin. (On retention of menstrual fluid in caze of bicorned uterus from unilateral atresia of uterus or vaginal, C. J. CULLINGWORTH, de Londres. *Amer. J. of. obst.*, juin 1893, p. 817.

La malade, mariée, n'avait jamais été enceinte. Elle avait des pertes purulentes fétides.

On fit la laparotomie, et on trouva, à droite, un utérus plein de liquide sanieux, le col était séparé en deux par un septum qui s'était à la longue laissé perforer, et par l'ouverture duquel se faisait la perte constatée.

L'utérus gauche avait la profondeur normale.

L'utérus droit, lavé et nettoyé convenablement, diminua de volume et se réduisit à un simple trajet étroit. La malade a été menstruée normalement dès lors, « le canal cervical reste unique, et communique avec les deux cornes ». Cullingworth cite plusieurs auteurs, qui ont observé des cas plus ou moins semblables.

A. C.

Imperforation de l'hymen. — 1) Fille de 16 ans, très chétive. Elle se plaint depuis six mois de douleurs périodiques dans le bas-ventre et depuis huit jours elle a eu trois fois de la rétention d'urine. L'hymen incisé au point culminant donne passage à 2 litres de sang brun rougeâtre ; après lavage du vagin avec une solution phéniquée, on réunit les deux surfaces de l'hymen à l'aide de trois points de suture et la malade rentre chez elle à pied. Cinq semaines après, l'orifice laissait passer une plume d'oie, les règles ont été normales. (Dr Kostenko, du gouvernement d'Asov. *Vratch*, n° 15, 1892.)

2) Fille de 18 ans, chétive, ne se plaint que depuis 6 semaines de douleurs dans le bas-ventre, surtout pendant la miction. L'hymen imperforé est tendu sur une tumeur fluctuante; on fait au centre une incision cruciale, ce qui fait jaillir avec violence deux verres de sang brun; lavage phéniqué, mèche iodoformée dans l'ouverture qui au bout de cinq jours a le calibre d'une plume d'oie. (Dr Chikodo, de Lioubar. *Vratch*, n° 15, 1892.)

3) Fille de 17 ans, très bien développée, se plaint de douleurs dans le bas-ventre au niveau d'une tumeur qui monte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis et qui d'autre part fait saillie entre les grandes lèvres. Incision au bistouri, écoulement pendant dix minutes d'un liquide pareil au goudron.

Pas de suture, pas de lavage, pansement antiseptique extérieur. Un an plus tard, la jeune fille se maria et accoucha à terme. (Dr Strisover, du gouvernement de Bessarabie. *Vratch*, n° 15, 1892.)

M. W.

Cinq cas d'imperforation de l'hymen, par M. J. Konelsky.

Obs. 1. — Fille de 16 ans, souffre depuis 4 jours; un premier accès douloureux a eu lieu un mois auparavant. Un médecin consulté conclut à la grossesse et même au travail vu la tumeur qui fait saillie comme une poche des eaux. L'auteur constate l'imperforation de l'hymen et la distension de l'utérus par une collection fluctuante qui est de plus le siège d'une crépitation sanguine très nette. L'incision donne issue à 5 litres de liquide sanguin; la malade eut le lendemain un accès fébrile, évidemment d'origine septique, mais elle fut néanmoins parfaitement rétablie au bout de huit jours.

Obs. 2. — *Imperforation de l'hymen. Grossesse.* — Il s'agit

d'une jeune femme, mariée depuis deux mois, réglée avant son mariage et présentant, au moment où l'auteur la vit, tous les symptômes de la grossesse ; il n'y avait cependant aucune communication visible entre le vagin et la vulve qui était sensible et contuse. La malade, perdue de vue aussitôt, revint 5 mois plus tard ; les médecins qu'elle avait consultés, concluaient à la rétention du sang menstruel en se fondant sur l'impossibilité apparente de la conception. L'auteur constata nettement les battements du cœur fœtal et arriva à convaincre la malade de la nécessité d'une petite opération ; il fit une incision sur la ligne médiane moins résistante entre les petites lèvres — il s'agissait en effet d'un hymen charnu et les organes génitaux présentèrent dès lors une conformation normale. Il est vraisemblable que la perforation très petite que cet hymen avait présentée, suffisante pour la menstruation et pour la conception, avait été oblitérée par suite de la vulvite traumatique conjugale.

Obs. 3. — *Imperforation de l'hymen. Grossesse.* — L'observation est de tout point semblable à la précédente jusqu'à l'accouchement, mais l'incision faite à l'hymen dans le cours de la grossesse ne répondait pas à la cicatrice, de sorte que l'hymen se rompit au niveau de ce point de moindre résistance dans le cours du travail. Il y eut alors deux orifices, séparés par un pont, débris de l'hymen ; ce pont fut simplement tranché.

Obs. 4 et 5. — *Imperforations chez des enfants de 2 ans et de 1 an* 1/2; dans ce dernier cas une ouverture se produisit à l'hymen sur la ligne médiane par la simple pression du doigt. M. W.

Deux cas d'imperforation de l'hymen, par P. Volokoff (*Vratch*, n° 31, 1892).

Il s'agit dans deux cas de filles de seize ans, qui se plaignaient depuis plusieurs mois de douleurs dans le bas-ventre et de difficultés pendant la miction ; l'une d'elles arriva à l'hôpital avec de la rétention complète d'urine. Dans les deux cas, la tumeur hématique remontait à l'ombilic ; l'incision permit l'écoulement d'une grande quantité de liquide foncé, inodore, et le rétablissement se fit sans accidents. M. W.

De la grossesse dans les malformations utérines, par L. G. Litchkous (**Maison d'accouchement de Marie, à St-Pétersbourg**).

Obs. 1. — Lorsque l'auteur vit la malade pour la première fois,

elle avait 26 ans, était mariée dépuis trois ans et se trouvait enceinte depuis trois mois. La grossesse, vivement désirée, avai suivi une saison balnéaire (bains salés avec spéculum). Le corps de la malade ainsi que les organes génitaux externes furent trouvés normalement conformés, mais sur la paroi gauche du vagin, près du cul-de-sac, l'auteur constata l'existence d'une valvule très grande, coiffant le doigt et masquant le col utérin lorqu'on la soulevait; elle était d'habitude si bien appliquée à la partie vaginale, qu'elle avait passé inaperçue pour plusieurs médecins, le col était court et conique et le corps de l'utérus était évidemment double; la corne gauche, de forme à peu près normale, la corne droite gravide. A trois mois, la patiente avorta malgré le repos et les injections opiacées; l'auteur constata alors l'existence d'un éperon qui descendait dans le col jusqu'à un 1/2 centim. de distance de son orifice. L'année d'après, une nouvelle grossesse eut lieu dans la même corne, avec menaces d'avortement au troisiéme mois; cette fois le repos et l'opium eurent raison des accidents; la patiente passa deux mois au lit et accoucha à terme, sans accidents, d'un garçon bien conformé; la valvule vaginale fut arrachée pendant l'accouchement. Une troisième grossesse se termina par un accouchement à terme un an plus tard et, cette fois, la corne gauche augmentée de volume, expulsa une caduque deux jours après l'accouchement. La patiente eut enfin une quatrième grossesse, toujours dans la corne droite, c'était une grossesse gémellaire normale. La corne gauche expulsa encore une caduque; elle s'était beaucoup développée dans le cours de la grossesse et subit après l'accouchement une involution parallèle à celle de la corne gravide. La lactation ne s'était établie que pendant la troisième grossesse.

Obs. 2. — Femme de 33 ans, accouchée pour la septième fois sans accidents. En examinant le placenta, l'auteur trouve à côté de lui une membrane muqueuse, répondant à un utérus peu volumineux; il suppose l'existence d'un utérus bicorne, ce que l'examen de la femme confirme en effet : utérus bicorne avec éperon descendant jusqu'à l'orifice interne du col.

Ainsi, chez la première malade comme chez la seconde, la malformation utérine ne donna lieu à aucun accident de l'accouchement et l'auteur pense que ces anomalies doivent souvent passer naperçues.

M. W.

Grossesse dans un utérus double avec vagin cloisonné. — (Gravidanza in utero doppio didelphys e vagina septa), par Cucabulo. *Annali di ost. e Ginec.* Milano, 1891, p. 595.

L'accouchement se produisit spontanément le septième mois de la grossesse ; pendant l'expulsion la cloison vaginale se rompit.

L'auteur pense que peut-être la grossesse fut interrompue au septième mois parce que l'utérus ne pouvait plus se dilater. Le mode de présentation n'a pas été influencé par cette anomalie, mais le fœtus devait toujours être dans la situation longitudinale.

P. Mauclaire.

Anomalie de développement des organes génitaux, par Fieux. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1891, p. 562.

La malade présentait dans une grande lèvre, entre un sac herniaire et un kyste de la grande lèvre, un petit organe qui au microscope présentait la structure d'un testicule. Pas d'utérus.

Il s'agissait donc d'un individu du sexe mâle malgré l'apparence des organes génitaux externes. P. M.

Ablation des ovaires sarcomateux chez une pseudo-hermaphrodite. (Extirpation of sarcomatous ovaries in a pseudo-hermaphrodite), par H. Krug, de New-York. *Am. J. of obst.*, janvier 1891, p. 28.

La malade, âgée de 19 ans, polonaise, avait du poil sur tout le corps ; dès l'âge de 11 ans, elle se rasait tous les jours. A 16 ans elle eut des douleurs mensuelles dans le ventre, accompagnées d'épistaxis. Le médecin qui l'envoya au *German Hospital* porta le diagnostic : hématomètre et hématocolpos.

Les mamelles étaient peu développées, les os étaient masculins, le larynx était saillant.

Clitoris érectile, long de 5 centim., mais imperforé ; au-dessous, l'urèthre, puis 2 plis, semblables à un scrotum fendu, mais ne contenant pas de testicules ; vagin étroit, sans plis, utérus petit, profond de 5 centim.

Krug, la malade étant fort peu intelligente, ne put obtenir aucun renseignement sur sa vie sexuelle.

En l'opérant, il trouva les ovaires adhérents en plusieurs points aux intestins nageant dans du liquide ascitique. Il fit une toilette

soigneuse du péritoine, mais ne crut pas nécessaire de placer un drain.

Dès le lendemain, l'opérée fut prise d'une pneumonie double, qui l'emporta au bout de 10 jours.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'inflammation péritonéale, mais une endocardite chronique, des lésions rénales et de l'hépatisation des deux poumons.

A cause des lésions pulmonaire, cardiaque et rénale, reconnues pendant la vie, Krug a hésité entre l'administration de l'éther et celle du chloroforme : il s'est décidé pour le premier, « comme moindre de deux maux ».

Il a observé 5 cas de pneumonie causée par l'anesthésie éthérée, dont deux se terminèrent par la mort; et il ne doute pas que son opérée n'ait succombé à la pneumonie causée par cet agent.

Krug donne à son cas le nom de *pseudo-hermaphroditismus lateralis externus femininus,* et pose la question : Les anomalies congénitales des organes sexuels constituent-elles une prédisposition à la dégénérescence maligne de ces organes ? Il ne la résout pas affirmativement; mais le cas qu'il rapporte lui semble présenter un argument puissant en faveur de la théorie de Cohnheim, qui croit à la formation des néoplasmes pendant la vie embryonnaire. A. C.

Hernie inguinale congénitale de l'utérus de la trompe et de l'ovaire gauche. (Congenital inguinal hernia of uterus, left tube and ovary), par FLORIAN KRUG, de New-York. *Am. J. of obst.*, juin 1890, p. 600.

La malade, une domestique, ne fut opérée qu'à l'âge de 18 ans. Ses règles avaient paru à 16 ans et étaient irrégulières. Krug réduisit l'utérus, et fit l'ablation de la trompe et de l'ovaire.

La température, sans cause connue, s'éleva jusqu'à 30°,65, quoique le pouls restât à 80.

Le 15e jour, elle mourut dans une syncope.

L'autopsie démontra l'existence d'une anémie profonde, le péricarde renfermait 30 grammes de sérosité claire. Krug conclut que la mort a été causée par une faiblesse du cœur. A. C.

Étude sur l'absence de l'utérus. (Studio sulla mancanza dell' utero), MARCHIONNESCHI. *Annali di ost. e ginec.*, sept. 1890, p. 588.

L'auteur passe en revue les cas connus de cette malformation congénitale. Celle-ci n'a aucune influence sur l'état moral de la femme, mais elle détermine certaines modifications au point de vue du développement et de la constitution des diverses parties du corps. La stérilité étant fatale, Marchionneschi admet qu'au point de vue légal la validité du mariage est nulle.

P. MAUCLAIRE.

Cas de cloaque d'origine embryonnaire chez une femme adulte. (Un caso di cloaca embryonnale in donna adulta), SPINELLI. *Annali di ost. e ginec.*, sept. 1890, p. 579.

Le sphincter vulvaire était assez puissant pour retenir les matières fécales et les urines. Il y avait les symptômes faciles à diagnostiquer de fistule congénitale vésico-vagnale et recto-vaginale avec absence d'anus. L'embryologie montre que ce cloaque est dû à un arrêt de développement, c'est-à-dire d'absence du septum recto-vaginal et de l'urèthre qui doit se produire vers le 2e mois de la vie embryonnaire. L'absence de l'hymen dans le cas observé confirme la théorie de Budin, pour qui cette membrane n'est que la continuation du vagin.

P. MAUCLAIRE.

Imperforation de l'hymen, avec tumeur extra-utérine. (Imperforate hymen with extra-uterine abdominal tumor), par R. A. KINLOCH, de Charlestown Caroline du Sud. *Amer. Journ. of obst.*, 1890, août, p. 896.

Miss K..., âgée de 18 ans, n'a jamais eu ses règles et ne semble avoir présenté aucun symptôme indiquant l'invasion menstruelle. Lorsque Kinloch la vit, il trouva le ventre développé, occupé par une tumeur centrale, tendue, élastique, indolente ; l'orifice du vagin était fermé par une membrane épaisse.

La pression exercée sur l'abdomen se transmettait à cette mem brane, et développait une fluctuation plus accentuée qu'elle ne l'est dans l'imperforation de l'hymen.

Une incision faite avec un bistouri étroit fit jaillir un liquide

séreux jaune bronzé, n'ayant ni la couleur ni la consistance du pus, ni celles du sang, ne contenant pas de caillots sanguins, et dont le volume atteignait 9 centimètres.

Lavage sublimé à 1/3000 et drainage avec la gaze iodoformée. Pas de réaction opératoire. A. C.

Vagin double avec hymen double et utérus présentant deux cavités dans sa partie inférieure. (Vaginia doppia con imene doppio ed utero inferiormente septus), per FRANCAVIGLIA. *Annali di Ost. e ginec.*, Milano, 1890, p. 141.

Les deux cavités vaginales étaient à peu près égales. D'un grand nombre de considérations embryologiques, l'auteur conclut que l'hymen a une origine vaginale. Au point de vue médico-légal, cette anomalie n'est pas une cause de nullité de mariage, car le coït et la conception sont possibles ; mais au moment de l'accouchement, la cloison médiane peut être cause de dystocie et devra être sectionnée. P. MAUCLAIRE.

Malformations génitales chez la femme. (Anomalie di prima formazione), par DECIO. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mars 1890, p. 231.

Dans la 1re observation, il y avait absence de vagin ; l'examen par le rectum fit poser le diagnostic d'utérus, sinon absent, tout au moins rudimentaire. Dans une 2e observation, il y avait une bride transversale dans le vagin qui déterminait une rétention des règles entre cette bride et le col utérin ; la section de cette bride rétablit parfaitement les fonctions menstruelles. Enfin chez une 3e malade, l'imperforation de l'hymen avait déterminé un hématomètre énorme. La guérison fut obtenue par une simple incision discoïde de la membrane hymen. P. MAUCLAIRE.

Un cas d'utérus subseptus. (Ein Fall von uterus subseptus), Dr CIPUISKY. *Cent. f. gyn.*, 1893, n° 33, p. 869.

Cette anomalie a été observée chez une femme âgée de 26 ans. Elle présentait deux vagins séparés et deux portions vaginales d'aspect normal. Elle fit un avortement, à 3 mois environ de grossesse, sans qu'on pût décider d'une façon nette si l'interruption

de la grossesse était sous la dépendance d'un accident ou de la malformation génitale. Dans le but d'établir s il existait deux portions utérines totalement ou partiellement séparées, on injecta, quelques jours après l'avortement, du lait à travers l'un des orifices externes et on reconnut que le lait revenait par l'autre orifice externe ; les deux cavités utérines communiquaient donc : il s'agissait d'un *utérus subseptus*. R. L.

Rétroflexion de la moitié d'un utérus didelphe comme obstacle à l'accouchement (Retroflexio der nicht graviden Halfte eines uterus didelphis als geburtshindernis), Karl Holzapeel. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 873.

Ce fait de dystocie a été observé chez une primipare, âgée de 24 ans; 3 ans auparavant, elle avait consulté pour des douleurs abdominales très violentes, survenant surtout à l'époque des règles. A l'examen des organes génitaux, voici ce que l'on avait constaté : un vagin étroit, présentant des plis qui donnaient l'idée d'un commencement de cloisonnement ; puis une portion vaginale, pourvue d'un orifice externe, linéaire, vertical ; orifice externe qui se continuait presque directement avec la paroi gauche du vagin tandis qu'elle se prolongeait avec un corps utérin, dirigé à droite et en avant. A gauche, on reconnaissait la présence d'une masse qui, en bas, donnait la sensation d'un cordon épais et, en haut, avait le volume d'un œuf de poule. La masse principale était fortement déjetée à gauche, et quand on la comprimait, on faisait sourdre dans le vagin, à travers une boutonnière, une solution de continuité de la paroi vaginale gauche, du pus. Quelques jours après l'examen, on réséqua au niveau de cette boutonnière un lambeau de paroi vaginale, ce qui donna écoulement à une certaine quantité de pus et permit de reconnaître une deuxième portion vaginale. En somme, la masse latérale gauche était un second utérus, réuni à celui de droite par un léger pont de tissu.

2 ans après environ, la femme devenait enceinte. La grossesse évolua normalement. Mais l'accouchement fut rendu laborieux par la disposition réciproque que prirent les deux utérus. L'un d'eux était en rétroversion si marquée que l'utérus rétrodévié refoulait contre le col correspondant la paroi vaginale postérieure du vagin, de façon à effacer le cul-de-sac vaginal postérieur. Le

second utérus, qui était le siège de la grossesse, se trouvait directement en avant et un peu à droite. De cette situation réciproque, malgré l'énergie des douleurs, résulta un obstacle à l'accouchement.

On fit d'abord la version par manœuvres externes sur l'enfant qui était en présentation du sommet, puis on rompit les membranes dans le but d'accélérer le travail.

Enfin, comme il s'écoula du méconium et que les doubles battements fœtaux faiblissaient, on procéda à l'extraction qui fut aisée. Délivrance naturelle. Suites de couches normales. Enfant mort-né, du poids de 3,150 grammes, et long de 51 centimètres. Un nouvel examen, pratiqué 2 mois après, permit les constatations suivantes : l'utérus gauche, siège de la gestation, avait subi le processus d'involution et avait à peu près le volume d'un utérus de multipare ; il était en antéflexion, un peu à gauche de la ligne médiane et par sa face antérieure, regardait vers la droite. Quant à l'utérus droit, il était en antéversion accusée, et plus déjeté latéralement. Le pont de tissu unissant les deux cols était devenu plus court, et plus cicatriciel.

Réflexions. — Le fait de la rétroversion de l'utérus non gravide a été observé déjà plusieurs fois, par exemple dans l'utérus bicorne. Mais, dans cette variété de malformation, habituellement, la déviation utérine ne conduit pas aux mêmes difficultés, parce que le col de l'utérus gravide entraîne en s'effaçant la corne rétrodéviée hors de l'excavation. Or, dans l'utérus didelphe, cette réduction naturelle ne se produit pas parce que l'union entre les deux organes n'est pas aussi intime. R. L.

Cas d'utérus bicorne septus avec vagin en partie double. (Fall von uterus bicornis septus mit theilweise doppelter Vagina), MACHENHAUER. *Cent f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 878.

Anomalie observée chez une jeune fille de 22 ans, bien développée : cas d'utérus bicorne type, avec cloisonnement partiel du vagin s'étendant sur une longueur de 4 cent. sur la paroi antérieure du vagin, de 3 sur la paroi postérieure. R. L.

Cas d'utérus rudimentaire. (Ein Fall von utérus rudimentarius), R. STIERLIN. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 878.

Anomalie observée chez une jeune femme de 19 ans, mariée

depuis 2 ans. Pas de menstruation, *pas de molimen menstruel.* Le vagin mesurait de 6 à 8 cent., était suffisamment spacieux et se terminait en cul-de-sac. Pas le moindre vestige de portion vaginale, de corps utérin, ni d'annexes. D'après les renseignements fournis, il semblait ressortir que le vagin était également très peu développé et que les rapports sexuels, très douloureux au début, avaient amené les dimensions constatées lors de l'examen.

R. L.

Soudure des lèvres. (Conglutinatio labiorum), W. Ross. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 15, p. 284.

Anomalie observée chez une enfant, âgée d'un an. L'hymen était masqué par une sorte de membrane. A la partie supérieure, il y avait un très étroit orifice, par lequel s'échappa un jet d'urine dirigé en haut : « *Demonstratio ad oculos* », remarque l'auteur. Ross rapproche ce fait d'un cas analogue cité par Sänger, dans lequel il suffit à ce dernier d'introduire dans l'orifice un cathéter, et d'exercer une certaine pression pour voir la soi-disant membrane se dédoubler en deux petites lèvres normales, et laissant apparaître une vulve parfaitement normale. Dans le cas actuel, l'adhérence était plus solide, et la séparation des lèvres dut être opérée au ciseau sur sonde cannelée. Hémorrhagie insignifiante, facilement arrêtée par compression.

R. L.

Cas de pseudo-hermaphrodisme féminin externe. (Ein Fall von Pseudohermaphrodismus feminus externus), H. Fehling. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 42, Hft 3, p. 561.

Cas intéressant qui concerne un sujet âgé de 20 ans, menstrué à 15 ans ; les règles étaient supprimées depuis l'âge de 17 ans. Durant cet intervalle, le sujet en question avait vu se développer une tumeur abdominale, dont le développement s'accompagna d'une déchéance générale profonde. La rapidité d'évolution de la tumeur fit penser à un néoplasme malin et Fehling pratiqua la laparotomie, qui lui permit d'enlever une tumeur de l'ovaire gauche, du poids de 5 livres, que l'examen microscopique démontra être un *myxo-sarcome ovarique.*

La laparotomie permit en outre par l'examen des organes géni-

taux externes de fixer d'une manière formelle le type du pseudo-hermaphrodite qui, contrairement à la proposition générale d'Ahlfeld (1), était un pseudo-hermaphrodite *féminin* externe.

Dans ce cas, les dispositions génitales externes de nature à entraîner une erreur d'appréciation étaient : *a*) un clitoris ayant l'aspect d'un pénis, long de 5 centim., de l'épaisseur du pouce, pourvu d'un gland long d'un peu plus d'un centim. et d'un prépuce peu développé ; *b*) une grande lèvre droite, contenant un corps petit, sensible, ovalaire. (Au cours de la laparotomie, on constata qu'il s'agissait d'une hernie tubo-ovarique.) R. L.

Sur une variété rare de malformation utérine. (Eine seltene Form von Missbildung des Uterus), R. LANDERER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXIV, Heft 1, p. 106.

L'anomalie dont il s'agit a été observée à l'autopsie d'une femme âgée de 23 ans, morte de tuberculose miliaire, surtout méningée. Comme symptômes en rapport avec l'anomalie utérine, on avait noté : qu'elle n'avait jamais été menstruée, mais, que depuis 4 ans, et toutes les quatre semaines, elle ressentait durant 2-4 jours de vives souffrances de chaque côté du bas-ventre, et qu'elle avait simultanément des maux de tête ; que, depuis deux mois, ses souffrances avaient considérablement augmenté. De plus, l'examen gynécologique lors de l'entrée de la femme à l'hôpital avait fourni les renseignements suivants : organes génitaux externes normaux, pubis fortement développé, portion vaginale normale, orifice externe en fossette, col de longueur normale, dirigé en haut, en avant et à droite. A gauche, au-dessus du col, cordon dur, rond, de l'épaisseur du doigt, long de 3 centim., allant en s'amincissant, et aboutissant à l'ovaire gauche, dur et presque de la grosseur d'un œuf de poule. Ovaire droit situé tout près de la paroi pelvienne droite, dur et de grosseur normale. Le cathéter n'a pénétré que de 3 centim. dans le canal cervical. — *Constatations sur le cadavre* : Au premier aspect, l'utérus paraît avoir des contours normaux ; les annexes semblent émaner à peu près de leur niveau

(1) D'après Ahlfeld, les malformations génitales externes, malgré leur plus grande analogie d'aspect avec le type féminin, appartiendraient surtout au pseudo-hermaphrodisme masculin.

normal à l'utérus. Pourtant, en examinant de plus près, on constate une coudure du côté gauche. Après section de la cavité cervicale, on remarque une sorte de membrane épaisse, qui sépare la cavité cervicale de la cavité utérine développée à droite. Au contraire, cette cavité cervicale se continue à gauche par un canal très fin, avec le canal tubaire. A droite, la cavité utérine se trouve en outre complètement séparée de l'extrémité utérine de la trompe du même côté par une large couche musculaire, etc. La cavité cervicale est nettement dirigée du côté gauche ; sur la paroi antérieure et postérieure les plis palmés sont nettement accusés. La portion vaginale paraît absolument normale. L'ovaire gauche est légèrement augmenté de volume, le droit est dur et petit.

L'auteur, après un examen critique, très minutieux, de cette pièce pathologique rare, l'étiquette : *utérus sinistrocornis, dextrocollis*. Il y avait eu atrésie croisée de la portion des canaux de Müller, qui concourent à la formation de l'utérus.

R. L.

Un cas d'utérus double. (Ein Fall von uterus duplex), A. TANNEN. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 3, p. 51.

L'auteur relate le cas *in extenso* et établit minutieusement le diagnostic, qu'il formule de la façon suivante : *utérus double avec vagin unique ; utérus droit infantile ; utérus gauche rudimentaire.* L'observation concerne une femme âgée de 26 ans, mariée depuis 2 ans, réglée seulement à 20 ans, chez laquelle la menstruation était survenue à la suite d'un bain involontaire (en patinant). Depuis cet accident, les règles s'étaient montrées abondantes, il était survenu de fortes douleurs abdominales et sacrées et aussi des pertes pendant l'espace inter-menstruel.

R. L.

Contribution à l'histoire clinique des arrêts de développement des organes genitaux de la femme. (Zur Casuistik der Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien), A. EBERLIN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXV, Hft 1, p. 93.

L'auteur relate plusieurs cas intéressants de cette espèce d'anomalies : 1) *Hypoplasie des organes génitaux externes et internes, utérus rudimentaire* ; 2) *atrésie vaginale complète, utérus et*

annexes droites rudimentaires ; 3) *développement anormal du clitoris et du vagin. Hypertrophie du clitoris. Sténose incomplète du vagin, congénitale ;* 4) *anomalie de développement des organes génitaux, ayant nécessité une opération pendant le travail de l'accouchement. Vagin sub-septus, cause de dystocie.*

La tête fœtale était arrêtée, tout près de la vulve, par un cordon dur, solide, charnu, parallèle au diamètre vulvaire vertical, s'insérant en haut, au-dessous du méat urinaire, et se continuant en bas, à 3 centimètres environ de la commissure postérieure, avec la paroi vaginale postérieure. Le cordon fut pris et sectionné entre 2 ligatures en masse appliquées au voisinage de ses deux extrémités. L'opération fut presque immédiatement suivie de l'expulsion de l'enfant. Suites de couches absolument normales.

Eberlin formule, à l'occasion de ce cas, les conclusions suivantes: 1° Dans la majorité des cas, ce genre d'anomalie est une cause de dystocie.

2° Il est prudent de supprimer l'obstacle à temps (ablation du septum entre 2 ligatures).

3° De cette façon, on prévient une hémorrhagie abondante, possible si l'on attend la rupture spontanée de la cloison.

4° On évite également des complications des suites de couches, à redouter comme conséquence du sphacèle des tissus vaginaux déchirés dans l'acte de l'accouchement spontané. R. L.

II. — Déviations, déplacements des organes génito-urinaires

Un cas d'inversion complète de l'utérus, d'origine puerpérale. Ter. Mikaelianz (clinique du Dr Fenoménoff). *Vratch*, 1891, n° 3.

La malade, âgée de 26 ans, était atteinte d'inversion de l'utérus depuis 4 ans ; l'accident s'était produit à la suite de tractions violentes exercées par la sage-femme sur le cordon, et n'avait eu d'autres conséquences que des hémorrhagies répétées ; plusieurs tentatives de réduction avaient échoué. L'examen local permettait de reconnaître facilement l'absence du corps de l'utérus dans l'excavation, une dépression infundibuliforme dans laquelle pénétrait le doigt coiffé de la paroi rectale, la continuité entre la paroi

interne du col de l'utérus et une tumeur piriforme qui ouvrait largement l'orifice utérin et se trouvait en quelque sorte étranglée par lui. Cette tumeur rouge, à surface veloutée, saignant facilement, est évidemment l'utérus. On essaya encore en vain la réduction sous chloroforme et en dilatant l'infundibulum à l'aide de deux doigts introduits par le rectum; l'application du colpeurynter ne donna pas plus de résultat et l'on eut recours à l'amputation de l'utérus exécutée de la manière suivante : l'utérus attiré en bas, un lien élastique appliqué le plus haut possible dans le sillon cervico-utérin, on commence par une incision en flèche qui permet de constater la vacuité de l'infundibulum tapissé par le péritoine. Les trompes de Fallope sont attirées, liées et coupées; l'utérus enfin amputé par une incision circulaire passant au-dessus des branches de la première incision et l'opération terminée par la suture à deux étages du moignon qui se réduit facilement à travers l'anneau. Guérison. M. W.

Cas d'inversion utérine chez une femme de 78 ans. (Ein Fall von Inversio uteri in 78 Lebensjahre), F. Schauta. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd 43, Hft 1, p. 31.

La femme chez laquelle cet accident fut observé avait eu un seul accouchement remontant à l'âge de 20 ans. D'autre part, ses règles étaient supprimées déjà depuis 30 ans. Durant la période d'activité génitale, pas de symptôme de nature à faire remonter à cette époque le point de départ de l'inversion utérine. Il s'agissait certainement d'une inversion non puerpérale. Au dehors de la vulve apparaissait une tumeur cylindrique, complètement tapissée par une muqueuse, qui mesurait 9 centim. de long sur 5 centim. de large. A 7 centim. environ de son extrémité externe, un sillon circulaire nettement marqué la divisait en 2 portions présentant certains caractères différentiels : a) portion inférieure de consistance molle, pâteuse; surface semée d'un certain nombre d'inégalités, d'aspect bourgeonnant, saignant facilement, et exhalant constamment un liquide muqueux, filamenteux, sanguinolent. Au point de passage de la paroi antérieure à la paroi postérieure, existence d'un sillon, long de 3 centim., à direction à peu près transversale, et pourvu à chacune de ses extrémités d'un orifice triangulaire. Une sonde introduite dans l'orifice droit pénétrait de

15 centim. environ ; dans l'orifice gauche, de 5 centim. seulement. b) Portion supérieure de la tumeur, de consistance élastique, de surface absolument lisse, de coloration rouge mais avec reflet blanc. Cette portion de la tumeur se prolongeant dans le vagin et se continuant uniformément, sans aucune ligne de démarcation, jusqu'au cul-de-sac du vagin. En résumé, la tumeur était constituée par l'utérus complètement inversé et prolabé et par une partie du vagin. Le sillon circulaire marquait la limite entre le corps de l'utérus et le col de l'organe. Les 2 orifices triangulaires n'étaient autre chose que les *ostia uterina*. L'épithélium de la muqueuse vaginale et cervicale était épaissi, épaississement d'où provenait le reflet blanchâtre. Enfin, la muqueuse utérine était en processus de phlegmasie chronique. D'autre part, vers l'extrémité droite du fond de l'utérus et séparé de lui par un sillon, existait un myôme de la grosseur d'une noix.

La femme fut opérée en 2 temps : 1° ablation du myôme, ce qui se fit sans difficulté ; 2° après tentatives infructueuses pour maintenir l'utérus réduit par des moyens orthopétiques, on procéda à la cure radicale de l'inversion utérine. L'excision de la tumeur fut faite après chloroformisation qui fut, du reste, admirablement supportée par la malade. Suites opératoires excellentes. Opérée le 27 novembre, la femme quittait l'hôpital le 9 décembre et reprenait ses occupations.

A l'occasion de ce fait intéressant, Schauta rappelle les différentes opinions émises au sujet de la pathogénie de l'inversion utérine non puerpérale. Il pense que l'opinion, commune à la plupart des auteurs, que l'inversion se produit parce que les contractions utérines expulsent, chassent en bas la tumeur et que celle ci, à son tour, tire sur son point d'implantation en l'entraînant en bas. Il croit au contraire que l'inversion est incompatible avec des contractions utérines énergiques. S'il en était autrement, l'inversion puerpérale devrait se produire quand l'utérus se contracte sur un placenta incomplètement décollé ; or, la clinique démontre qu'il n'en est jamais ainsi. Donc pour lui, les conditions étiologiques de l'inversion utérine non puerpérale sont : *agrandissement de la cavité utérine* (par exemple myôme progressant de plus en plus dans cette cavité); *diminution de la tonicité musculaire* en un point de la paroi de l'utérus, par exemple dans la région dounant

insertion à un myôme (dégénérescence, atrophie sénile); *force agissant sur la région dégénérée*, soit par en haut (pression abdominale), soit par en bas (poids de la tumeur).

R. L.

Prolapsus de l'utérus inversé. (Prolapsus uteri inversi), J. Jacub. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 233.

Il s'agit d'un cas d'utérus inversé et prolabé après l'expulsion de l'enfant, le placenta étant encore partiellement adhérent. Inversion survenue spontanément, semble-t-il. A l'arrivée du Dr Jacub, trois heures environ après la production de l'accident, la femme, qui avait perdu beaucoup de sang, était dans un état quasi-comateux. En raison de cet état, l'auteur procéda, sans chloroformisation préalable, à la réduction de l'utérus. Mais des pressions assez fortes exercées sur la masse inversée étant restées sans résultat, il intervint de la façon suivante : il conduisit 3 doigts de la main droite dans le cul-de-sac formé entre l'utérus de l'orifice interne, et, les écartant vigoureusement, il s'efforça d'élargir le collet formé par l'orifice externe et la partie non inversée. Puis, saisissant l'utérus à pleine main droite, de sorte que 4 doigts se trouvaient en arrière et à droite, tandis que le pouce était en avant et un peu à gauche, il pressa l'organe fortement et d'une manière continue en dedans et en haut. Par ce procédé, il réussit, quoique péniblement, à opérer la réduction. L'auteur ajoute, que tandis qu'il accomplissait les manœuvres utérines avec la main droite, il s'efforçait avec la main gauche, placée au-dessus de la symphyse et agissant à travers la paroi abdominale, d'élargir la base de l'infundibulum produit par l'inversion. R. L.

Inversion de l'utérus non puerpéral. (A case of inversion of the non puerperal uterus), par W. T. Dodge, de Marleth. *Amer. f. of Obst*, août 1890, p. 381.

La malade avait eu plusieurs avortements. Dodge reconnut un fibrome très pesant attaché au fond de l'utérus. Il le disséqua soigneusement avec les précautions antiseptiques, et l'utérus reprit sa forme et sa place.

La tumeur pesait 320 grammes. Cordes.

Inversion utérine au 3e degré. Hystérectomie sous-vaginale. (Inversione uterina di 3o grado. Isterectomia sotto-vaginale), par Colella. *Annali di Ost. e Ginec.*, Firenze, décembre 1889, p. 553.

Cette inversion datait de 4 ans et avait été produite par une traction violente sur le cordon ombilical au moment de l'accouchement.

Elle déterminait d'abondantes hémorrhagies et la malade était très anémiée. On fit l'hystérectomie sous-vaginale avec l'écraseur de Chassaignac. La malade guérit parfaitement, sans fièvre, et quitta l'hôpital le 10e jour. P. Mauclaire.

Observation de prolapsus utérin complet pendant la grossesse, par Berne. In *Lyon méd.*, avril 1891, p. 509.

Cette affection doit être bien distincte de l'allongement hypertrophique du col et de l'allongement œdémateux du col pendant la grossesse. La réduction doit toujours être tentée soit dans la position horizontale, soit dans la position genu-pectorale. Après la réduction l'application d'un pessaire est dangereuse, car elle peut produire l'avortement. Si la réduction est impossible il faut se contenter de soutenir la tumeur utérine par un bandage convenable, et la position horizontale. P. Mauclaire.

Prolapsus de l'ovaire. (Ovarian prolapse), par E. S. Mc. Kee. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, t. I, p. 595.

Etude des causes, des symptômes et du traitement du prolapsus de l'ovaire. Moyens médicaux, pessaires, ovariotomie, hystérorrhaphie, traitement électrique, réduction par la méthode de Schultze tout est successivement passé en revue sans que l'auteur puisse conclure. Un index bibliographique termine ce travail.

Du redressement spontané de l'utérus gravide, rétrodévié. (Zur Frage der spontanen Aufrichtung bei Retrodeviationen der schwangeren Gebarmutter), R. Chrobak. *Cent. f. Gyn.*, 1892, no 7, p. 113.

Selon Chrobak, il importe, dans la question en cause, d'établir une distinction capitale, qui n'a pas été faite par les auteurs, entre les *rétroflexions* et les *rétroversions* de l'utérus gravide. Une longue expérience lui a, en effet, enseigné que, tandis que le redres-

sement spontané était la règle dans le 1er cas, il était tout à fait exceptionnel dans le second. Il y aurait donc importance extrême à faire, à temps, le diagnostic des rétroversions, pour les réduire et prévenir ainsi des complications graves (avortement, incarcération, etc.).

Il s'explique le redressement spontané dans les rétroflexions de la façon suivante : « dans la rétroflexion de l'utérus gravide, le corps de l'organe se trouve dans la concavité du sacrum, tandis que le col est fortement comprimé par toute sa face antérieure ou par la lèvre antérieure contre la symphyse. Le point le plus élevé de l'utérus est en général dans la région de sa paroi antérieure qui correspond à l'angle de flexion. Sous l'influence du développement de l'œuf, l'utérus devient de plus en plus gros, l'angle de flexion plus accusé, et la portion vaginale de plus en plus pressée contre la symphyse. Forcément, les parois utérines sont inégalement distendues, l'antérieure s'allonge notablement, la postérieure reste courte. Ces conditions se laissent d'autant plus facilement constater, qu'il est aisé de préciser la situation du fond de l'utérus d'après les points d'émergence des trompes. L'extension intéresse principalement les faisceaux musculaires longitudinaux. Et il est impossible que cette extension soit uniforme, parce que la portion vaginale, retenue par la symphyse, ne peut être ramenée en haut, élévation à laquelle du reste s'oppose aussi l'action des ligaments utéro-sacrés. D'autre part, l'exploration montre que la paroi antérieure est distendue et amincie tandis que la postérieure est lâche et épaisse. La distension est donc accusée à la paroi antérieure.

Que sous une influence quelconque (distension excessive, défaut de place, soit même l'excitation produite par l'examen), l'utérus se contracte, le col et le fond de l'utérus devront se rapprocher. Or, la portion vaginale étant comprimée contre la symphyse, elle représentera en quelque sorte le point fixe du mouvement. La paroi antérieure se contractant, se raccourcissant, c'est donc le fond de la matrice qui se rapprochera du col, il s'élèvera hors du bassin, abandonnera la concavité sacrée, et cela, d'autant plus facilement, qu'il y aura moins d'obstacle à ce déplacement, que le promontoire le recouvrira moins, et qu'une inclinaison latérale du bassin favorisera davantage la réduction. Puis, les ligaments utéro-sacrés pourront entrer en jeu, attirer le col en arrière et par suite concourir à ramener l'utérus en antéversion. »

Dans les rétroflexions, les conditions sont tout autres. Pas de distension inégale des parois utérines, aussi longtemps du moins que l'excavation n'est pas remplie par l'utérus gravide. Survient-il une contraction, elle ne s'accompagne ni de modification de forme ni de redressement. La portion vaginale s'élève librement, s'éloigne de plus en plus de la symphyse, et ne rencontre aucun point d'appui autour duquel l'utérus pourrait basculer. D'autre part, les ligaments utéro-sacrés, distendus à l'extrême, ne peuvent en se contractant modifier en quoi que ce soit la forme de la matrice.

R. L.

Du traitement chirurgical des rétrodéviations de l'utérus et de la ligature vaginale d'après la méthode de Schücking (Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur), SÆNGER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 1.

Article de polémique surtout, en réponse à un article de Schucking. Sänger formule contre le procédé opératoire de Schücking les objections suivantes : 1° L'action de la ligature vaginale ne s'exerce pas sur l'utérus seul; 2° le plus souvent, la cause des rétrodéviations ne réside pas dans l'utérus lui-même, mais dans les organes voisins, dans les moyens de fixité; 3° ce procédé de ligature ne donne pas une position normale de l'utérus, mais une anteflexio uteri fixata ou une retropositio uteri anteflexi et, quand le corps de l'utérus se détache de nouveau, une retroversio-flexio uteri antefixata ; 4° le col de l'utérus, compris dans la ligature, se trouve, de ce fait, invariablement fixé en avant ; 5° la méthode comporte des difficultés, des inconvénients, des dangers, des complications, des lésions, dont la réalité n'a pas été contestée ; 6° enfin, l'auteur n'est pas arrivé à nous convaincre qu'il pouvait guérir les rétroflexions adhérentes sans traitement préalable, non plus que les prolapsus de l'utérus et du vagin..... avec un fil de soie !

R. L.

Du massage contre les rétroflexions fixes. (Zur Massage bei fixirten Retroflexionen), S. STOCKER. *Cent f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 25.

Les indications sont à peu près les mêmes que celles posées par Schultze (1). L'auteur, d'ailleurs, combine le massage avec l'emploi

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892, p. 110.

des pessaires. Un point spécial de sa pratique, c'est qu'il opère, systématiquement, le redressement de l'utérus rétro-dévié, à l'aide d'une longue pince, entourée d'ouate à son extrémité, l'ouate étant imbibée de glycérine phéniquée à 5 0/0. Ce procédé a plusieurs avantages : le revêtement d'ouate prévient les lésions traumatiques de la muqueuse utérine ; la glycérine phéniquée désinfecte le canal et tue les germes qu ,éventuellement, se déposent sur l'instrument. Quant au massage, il est pratiqué sur la sonde.

L'auteur a souvent appliqué ce procédé contre les rétroflexions graves. En certains cas, l'utérus fut simplement réduit, dans d'autres, rares, il fut redressé, et massé, jusqu'à ce qu'il fût devenu possible de placer un pessaire ou d'agir facilement rien qu'avec la main. Dans un cas, il fallut répéter la manœuvre 29 fois. Il s'agissait d'adhérences péritonéales nombreuses, qui, particulièrement en arrière et à droite, étaient courtes et épaisses. D'autre part, l'utérus présentait une mollesse extrême, en sorte que la pression sur la portion vaginale n'avait aucune action de redressement sur le corps de l'organe. Malgré la gravité du cas, la femme devint en état de porter un pessaire de Thomas, et se trouva débarrassée des douleurs locales et des accidents gastriques qu'elle avait jusque-là. L'auteur n'a constaté aucune conséquence fâcheuse à la charge de la méthode. R. L.

Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale, par le Dr Vaton. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 7 décembre 1890, p. 531.

Vaton décrit le procédé de Wlacas et Dumoret ou cystopexie intrapéritonéale. Le procédé de Byford est encore un procédé intrapéritonéal. Byford fait une incision au niveau du canal inguinal et va chercher à travers le tissu rétro-pubien la partie correspondante à la paroi vaginale antérieure qu'il traverse par deux points de suture et attire ensuite dans les lèvres de l'incision où il la fixe. Il opère ainsi des deux côtés et pratique dans la même séance la colpo-périnéorrhaphie par le procédé de Martin. A ces deux méthodes intrapéritonéales il faut préférer la méthode extrapéritonéale de M. Tuffier.

Dans le cas de cystocèle compliquée d'uréthrocèle, le procédé d'Emmet ou excision de la membrane muqueuse de la paroi antérieure du vagin est excellent. Dans la cystocèle compliquée de pro-

lapsus de l'utérus, M. Lannelongue (de Bordeaux) pratique l'opération d'Alexander contre le prolapsus utérin, avec ou sans amputation du col, et contre la cystocèle, le raccourcissement du vagin ou colpo-syntomie. Suivent sept observations où ce procédé a été employé avec succès. La colpo-syntomie consiste à tracer sur la paroi antérieure du vagin deux incisions curvilignes se réunissant par leurs extrémités et limitant un espace ovoïde que l'on dissèque et dont les bords sont réunis par 5 ou 6 points de suture au catgut.

P. MAUCLAIRE.

Une complication de la cystocèle. (Eine seltene Komplikation der Cystocele), RHEINSTADTER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 36, p. 710.

Complication observée chez une femme âgée de 68 ans, qui depuis 2 jours était prise de douleurs vives dans la région génitale. A l'examen gynécologique, l'auteur constata que le vagin était occupé par une tumeur, de la grosseur d'un poing d'adulte, élastique, et absolument irréductible à la pression, recouverte par une muqueuse lisse, homogène. En un point de la tumeur, il remarqua la présence d'un fin orifice qui donna accès à une fine sonde sur une longueur de 10 cent. D'autre part, un cathéter introduit dans la vessie n'entra pas, malgré plusieurs tentatives, dans la tumeur. Enfin, pas de portion vaginale constatable. L'idée vint à l'auteur qu'il s'agissait probablement d'un utérus inversé, le fin orifice étant sans doute un *ostium uterinum*. Or, à la suite de cet examen, les douleurs s'amendèrent, et à une exploration nouvelle faite peu après, la tumeur primitive était remplacée par une masse flasque, blanchâtre, à parois épaisses, qui était évidemment une cystocèle. Quant à l'orifice précédemment aperçu, c'était l'orifice externe, correspondant à un utérus très réduit, en état d'atrophie sénile. En somme, on s'était trouvé en présence d'une *cystocèle, tordue et étranglée*, observation intéressante, instructive et unique.

R. L.

Sur un cas de prolapsus de l'urèthre féminin. (Ueber ein Fall von Prolaps der weiblichen Urethra), GRAEFE. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 39, p. 766.

Il s'agit d'une petite fille, âgée de 6 ans, qui, au niveau de la région urinaire, présentait une tumeur sensible au toucher, très

rouge, du volume d'une amande et polypiforme. Un examen minutieux permit de constater, vers le tiers supérieur de la tumeur, la présence d'un orifice, à travers lequel il fut aisé de pousser un cathéter jusque dans la vessie. La tumeur fut excisée, après narcose chloroformique. Le chirurgien introduisit d'abord dans la tumeur, qui n'était autre qu'une partie de l'urèthre en prolapsus, une sonde métallique de moyen volume. Puis il comprit dans deux ligatures successives à la soie la portion antérieure et la portion inférieure de la tumeur, au voisinage immédiat du méat urinaire normal. Cela fait, la portion inférieure la plus volumineuse fut excisée au bistouri, et la muqueuse uréthrale interne suturée au bord externe de la plaie au moyen de 3 fines sutures à la soie. On agit de même pour la portion supérieure de la tumeur. Pendant l'opération, hémorrhagie notable, mais qui s'arrêta dès que les sutures furent faites. Sonde vésicale molle, fine, à demeure. Pulvérisation d'iodoforme sur la plaie et pansement à la gaze iodoformée. Suites opératoires apyrétiques. 10 jours après l'opération, l'enfant, complètement guérie, quittait l'hôpital.

R. L.

III. — Varia

Obstétrique.

Quatre cas d'opération césarienne. (Vier Fälle von Sectio Cæsarea), F. Schwarz. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 11, p. 225.

1° ..., 30 ans, Ipare, taille 1m,50. Bassin généralement rétréci, avec un diamètre post-pubien minimum de 6 centim.; femme en travail depuis 30 heures, eaux écoulées depuis 12, tête fœtale mobile au détroit supérieur. *Opération de Porro*, après application d'un lien élastique sur la portion supra-vaginale. Moignon sous-péritonéal. Suites de couches bonnes. *Guérison;* mère et enfant quittèrent l'hôpital 21 jours après l'opération.

2° ..., 23 ans, Ipare, taille 1m,40. Conjugué vrai 6 centim. Enfant en O.I.D.A. vivant. 3 mois auparavant, la femme avait eu une pleurésie droite qui avait laissé des traces appréciables. *Opération de Porro.* Même technique que dans le cas précédent, si ce n'est

que la compression élastique fut remplacée par la compression manuelle. Les 8 premiers jours, suites de couches naturelles. Mais ensuite, sans cause connue, survint une pleurésie d'abord droite, puis bilatérale, qui emporta la malade le 14e jour, au milieu de phénomènes d'asphyxie. A l'*autopsie,* on constata que le moignon utérin était guéri, et bien rétracté. Péritoine absolument sain. Mais dans les deux plèvres, exsudat séro-purulent.

3° ..., 19 ans, taille 1m,25; déformations rachitiques accusées; conjugué vrai 7,5, promontoire très bas, très accessible; il en est de même des parois pelviennes surtout dans la région des cotyles. *Césarienne conservatrice.* Toutes précautions antiseptiques furent prises, ce qui n'empêcha pas la *mort* d'arriver, dès le lendemain, au milieu de symptômes de péritonite aiguë. A l'*autopsie*, on constata une *péritonite septique* causée par l'irruption dans la cavité péritonéale de la sécrétion lochiale; deux sutures de la musculeuse avaient coupé le tissu utérin et permis cette infection.

4° ..., 21 ans, taille 1m,40, atteinte de cyphose et de lordose lombaire; les dernières lombaires surplombant le promontoire vrai raccourcissaient jusqu'à 5 centim. le diamètre sagittal du détroit supérieur; dans l'ensemble, la déformation pelvienne rappelait le type du bassin spondylolisthésique.

Opération césarienne entourée des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Malgré cela, la femme présenta, dès le 7e jour après l'accouchement, des symptômes de septicémie aiguë. *Mort* 3 jours après. Il est vrai qu'à son entrée à l'hôpital, elle avait déjà de la fièvre (39°). L'*autopsie* fit constater une phlébite avec décomposition putride des thrombus veineux. Il est très vraisemblable que dans ce cas, l'infection fut antérieure à l'opération.

En ce qui concerne la colonne vertébrale, les 3 dernières vertèbres lombaires, frappées de carie, avaient glissé sur le sacrum, faisaient avec cet os un angle aigu et, de ce fait, rétrécissaient le détroit supérieur.

Réflexions.— L'opération de Porro eût peut-être enrayé ou même prévenu tout à fait la septicémie ? C'est là un point digne de fixer l'attention. D'autre part, les avantages de la césarienne conservatrice sont diminués par le fait qu'à la campagne, les sages-femmes ne savent pas assez bien reconnaître et apprécier les sténoses pelviennes, et que par suite, on est conduit à intervenir dans des

cas réellement si négligés que l'opération de Porro est alors préférable. Dans les cas de rétrécissement extrême, l'auteur se déclare disposé à faire la césarienne pourvu que ces cas n'aient pas été trop négligés, et à ne pas omettre de faire suivre l'évacuation de l'utérus du curettage de la cavité utérine. Par contre, dans les rétrécissements moyens, il lui paraît sage, surtout quand le cas aura été négligé, d'opter en faveur de la symphyséotomie.

R. L.

Basiotripsie pour sténose pelvienne, et d'une nouvelle manœuvre. (Basiotripsia per stenosi pelvica), F. La Torre. *Ann. di Ost. e Ginec.*, 1892, nº 11, p. 785.

Il s'agissait d'un accouchement prolongé, chez une rachitique, à bassin étroit, le diamètre antéro-postérieur mesurant 8 cent. L'état d'épuisement de la parturiente imposant une terminaison rapide, on fit plusieurs applications de forceps, qui échouèrent, sur la tête fœtale, restée au détroit supérieur, en position O.I.D.T. L'auteur se mit alors en devoir de faire la basiotripsie. La branche médiane fut d'abord introduite et solidement enfoncée dans la base du crâne. Mais, quand il s'agit de placer, conformément à la technique indiquée, la petite branche, il lui fut impossible de trouver de la place entre la tête fœtale et l'utérus pour la faire pénétrer, en raison de leur contact intime et énergique avec le bassin. Il imagina alors de placer en imprimant un mouvement de rotation à la branche médiane du basiotribe, le grand diamètre de la tête fœtale suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin, déplacement qui se fit aisément, la tête n'étant pas encore engagée, et grâce auquel l'introduction des 2 branches latérales s'opéra dès lors facilement. Il put ainsi extraire un enfant qui, abstraction faite de la matière cérébrale, pesait 4975 gr. R. L.

Les incisions profondes du col — méthode de Dührssen — dans les cas qui exigent une prompte terminaison de l'accouchement. (Dührssen's method of deep cervix incisions in cases requiring rapid delivery), par S. Mare, de New-York. *Amer. Journ. of Obst.*, mai 1893 p. 101.

Dührssen a opéré 35 fois ; les mères ont été toutes sauvées ; il n'a perdu qu'un enfant.

L'opération n'est indiquée que lorsque la portion sus-vaginale du col a disparu ; jusque-là, il faut faire la dilatation avec les doigts, ou un instrument mousse. Avec des ciseaux ou un bistouri on fait de profondes incisions dans l'orifice, sur 4 points de sa circonférence.

L'auteur a fait 2 fois, avec succès, cette opération. A. C.

Gynécologie.

L'angle utéro-vaginal, dans le traitement des déchirures du périnée et du plancher pelvien. (The utero-vaginal angle in the treatment of laceration of the perineum and the pelvic floor), par J. C. Rutherford, de Vermont. *Am. J. of obst.*, janvier 1891, p. 17.

L'auteur pose, en commençant, les cinq règles suivantes :

1° Toute déchirure du périnée ou du plancher pelvien se complique d'une rétroversion utérine.

2° Toute rétroversion s'accompagne, plus ou moins, de chute de l'utérus.

3° Dès que le périnée a été refait, la chute et la rétroversion sont aisées à guérir.

4° Le seul moyen de le refaire, c'est de réunir les lèvres séparées du releveur de l'anus.

5° Le seul moyen de les réunir, c'est de faire un avivement dont les bords correspondent exactement avec les bords de la déchirure.

L'angle que fait normalement l'axe de l'utérus avec celui du vagin est de 95°, et, lorsque le plancher est déchiré, la cloison recto-vaginale fait saillie dans le vagin, ce qui la raccourcit ; son insertion supérieure attire le col en bas et en avant ; l'utérus ne se fléchissant pas facilement, son fond est repoussé en arrière et le premier degré de rétroversion est produit.

L'angle n'existe plus, l'utérus cède à son propre poids, et la malade présente un prolapsus du premier degré.

Au moment où la déchirure se produit, elle affecte la forme de deux triangles adossés par leurs bases, situés l'un dans le vagin, l'autre dans le périnée.

Cela posé, l'auteur propose de faire un avivement exactement de la forme de ces triangles, et d'une surface égale à la leur. Puis il

passe un fil d'argent ou de crin de Florence, dans la cloison, partant d'une des extrémités de la base des deux triangles, pour aller à l'autre extrémité en suivant leurs côtés extérieurs. Il place ainsi 5 ou 6 fils, qui parcourent, de bas en haut, un chemin dans les tissus de plus en plus courts, à mesure qu'il se rapprochent des sommets.

Puis il fait une suture continue, avec un fil de catgut partant du sommet du triangle vaginal et ressortant en haut près de ce sommet. (La description, assez incomplète, fait croire que c'est une suture en bourse, faisant le tour de la partie dénudée.)

Quand la déchirure est complète, Rutherford agit à peu près de même, avec cette différence cependant, que la partie périnéale de l'avivement représente un triangle rectangle dont le sommet, qui regarde vers l'anus, est remplacé par un petit espace triangulaire, dont la base regarde vers l'anus, qui est laissé sans avivement. Pour cette dernière partie, il introduit les sutures par le rectum.

Trois ou quatre jours après l'enlèvement des fils, l'auteur place un ou plusieurs tampons dans le cul-de-sac antérieur contre la partie antérieure du col qu'il repousse en arrière. Il remplace les tampons tous les jours ou tous les deux jours, pendant deux semaines; dès lors, dit-il, « l'utérus n'a plus besoin de support ».

Rutherford insiste sur la nécessité de faire l'avivement jusqu'au delà de la partie déchirée.

CORDES.

De la ventro-fixation de l'utérus pour indication absolue. (Ventrofixation des Uterus mit absoluter Indikation), R. ASCH. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 13, p. 251.

Cette communication a trait à une observation bien curieuse. Il s'agit, en résumé, d'une femme chez laquelle, cinq années auparavant, Fritsch, pour parer aux accidents causés par une large fistule vésico-vaginale, avait dû, à cause de l'échec de plusieurs autres procédés, faire l'épisiocleisis, après création d'une fistule vagino-rectale, et réunion des muqueuses rectale et vaginale pour assurer la persistance de la fistule artificielle. De cette intervention, la femme était sortie absolument libérée de ses accidents, et depuis 5 ans elle jouissait d'un excellent état de santé, quand, à

la suite d'une chute violente, elle fut prise de douleurs dans la région sacrée, douleurs de plus en plus intenses et à peu près continues. Puis l'appétit disparut, et il survint des vomissements à l'occasion de chaque repas. Or, l'examen pratiqué par l'anus et à travers la fistule recto-vaginale fit constater une rétroversion accusée de l'utérus, et, d'autre part, comme la réduction de la déviation, pratiquée à plusieurs reprises, fut toujours suivie de la cessation des accidents, c'est cette déviation utérine qu'on dut incriminer, et combattre, parce qu'elle se reproduisait peu a près la réduction. Quant à employer les moyens de contention ordinaire pour maintenir l'utérus réduit, il n'y fallait pas songer, étant donné l'état des organes génitaux : épisiocleisis, fistule vésico-vaginale, fistule recto-vaginale. On fit donc la laparotomie, qui fut suivie d'abord de : *a) l'ablation des ovaires*, parce que la menstruation était souvent très douloureuse, et de *b) l'hystéropexie abdominale* (fixation de l'utérus aux deux côtés de l'angle inférieur de la plaie abdominale, au moyen de ligatures perdues à la soie, qui furent jetées au niveau du moignon des ligaments larges et des extrémités utérines des ligaments ronds et conduites de dedans en dehors à travers la paroi abdominale jusqu'au-dessus de la peau).

Les résultats définitifs furent très satisfaisants. C'est à peine si l'état général, excellent, fut troublé à 2 ou 3 reprises, au cours de l'année qui suivit l'opération, par des douleurs ayant le caractère dysménorrhéique et qui, du reste, disparurent par la suite ; 8 mois après l'intervention, l'utérus était tel qu'il avait été placé par le chirurgien : en antéversion et modérément mobile. R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Cipnisky. Zur Kasuistik der Fremdkörper in den weilblichen Geschlechts Theilen. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 34, p. 791.—**Doléris**. Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, août 1893, p. 327. — **Grünberg**. Fall von uterus bicornis septus mit theilweise doppelter Vagina. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 878. — **Hofmeier**. Zur Kenntnis der normalen uterus Scleimhaut. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 33, p. 764. — **Jones**. Uterine reflexes; distant lesions and remote symptoms due to the uterine irritation. *Med. Press. et Circ.*, Lond., 1892, f. V, 553. — **Kalbfleisch**. Post-marital amenorrhœa. *Med. Rec.*, N.-Y., 1893, XLIII, 717. — **Morton**. The Influence of the Sexual Organs upon Reflex Ocular Neurosis. *Med. News*, août 1893, p. 204. — **Mosetig-Moorhof**. Peritoneal Tuberculose. *Wien. Medizin. Press.*, juillet 1893, p. 1054. — **Mundé**. The influence of marriage on disease of the female sexual organs. *N.-York Policl.*, 1893, I, 133. — **Popoff**. Zur Morphorlogie und Histologie der Tuben und des Parovarium beim Menschen während der intra und extra-uterinen Lebens bis zur Pubertät. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Hft 2, p. 275. — **Vander Veer**. Some considerations in reference to uterine hemorrhage puerperal and non-puerperal. *Trans. Am. Ass. Obst. and Gynec.*, 1892, Phila., p. 47.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Alexander**. The pathology and treatment of Injuries of the pelvic floor. *Annali of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 645. — **Callaghan**. Forcible dilatation of the cervical canal and pelvic cellulitis. *The Prov. Med. J.*, juillet 1893, p. 348.— **Edmund**. Dilatation of the cervix for Dysmenorrhœa. *Annali of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 661. — **Fraenkel (Ernst)**. Zur Behandlung der chronischen Endometritis. *Wiener mediz. Presse*, 1893, 1175. — **Hermann**. Treatment of vaginitis by peroxide of hydrogen. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, septemb. 1893, p. 747. — **Liebersohn**. Zur Tamponade der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 32, p. 745. — **Otto Küstner**. Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 33, p. 761. — **Puina Pinter**. Le iniezioni endouterine di euforina nella cura della endometrite. *Annal. di Ost. e Ginec.*, août 1893, p. 593. — **Smith (L.)**. Operative versus electrical treatment of dysmenorrhea. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juil. 1893, p. 568.— **Valentin (A.)**. *Traitement de certaines collections pelviennes*. Th. de Paris, n° 255, 1892-93. — **Vineberg**. Two year's experience with pelvic massage in gynecological affections. *Gaillard's M. J.*, N.-Y., 1893, LVI, 428. — **Will**. Catheterization of the Fallopian Tubes. *Med. News*, août 1893, p. 235.

VULVE et VAGIN. — **Bäcker**. Blasenruptur nach operation einer Fistula vesico-vaginalis. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 879. — **Nammack**. Impefored hymen, *Med. Record*, juillet 1893, p. 81. — **Feis**. Erfahrungen über die Dammplastick nach Lawson Tait. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1893, VII, 209. — **Robinson**. Gonorrhœa in women. *The med. Age*, juillet 1893, p. 385. — **Schweizer**. Carcinoma glandulæ Bartholini. *Arch. f. Gyn.* 1893, Bd 44, Hft 2, p. 322. — **Sykes and Morton**. Perinœorrhaphy by flap. spletting. *Indian M. Rec.*, Calcutta, 1893, IV, p. 317.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Cushing**. The operative treatment of Backward displacements of the uterus. *Ann. of Gynec. and Pæd.*, sept. 1893, p. 705. — **Dührssen**. Uber Vaginofixatio uteri. *Centr. f. Gyn.*. 29-30 juillet 1893. — **Gelpke**. Beitrage zur operativen Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter. *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.* 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. 335. — **Herman**. On the frequency of the local symptoms associated with bakward Displacement of the uterus. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1893, vol. XXXV, p. 8. — **Kehrer**. Zur Behandlung des Scheiden and Gebärmuttervorfalls. *Berlin, Klinisch. Wochensch.*, septembre 1893, p. 885. — **Lanz**. Die Alquié-Alexandersche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Korper. *Arch. f. Gyn.*, 1893, n° 44, p. 344. — **Prime**. Prolapsus with Retro-deviations of the uterus treated by ventro-fixation with report of cases. *Ann. of Gynæc. and Pæd.*, septembre 1893, p. 749. — **Pryor**. A new operation for acquired retroversion and retroflexion. *The New-York J. of. Gyn. and Obst.*, juillet 1893, p. 577. — **Steinbuchel**. Zur Technik der Vagino-fixatio uteri (nach Mackenrodt). *Cent. f. Gyn* 1893, n° 31, p. 713. — **Warde (J.)**. *De l'intervention chirurgicale dans les rétrodéviations de l'utérus* (Alexander et Hystéropexie). Th. de Paris., n° 200, 1892-93. — **Williams**. The treatment of the retroverted uterus, wit special reference to the value of massage and the author's application of the uterine respiratory movement. *Ann. of Gynæc. and Pæd.*, septembre 1893, p. 736.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Borjssowicz**. Ueber die partielle sattelförmige Amputation der Portio vaginalis uteri. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Hft 2, p. 332. — **Coe**. The present status of Emmet's operation for laceration of the cervix uteri. *N.-York, J. Gynæc. and Obst.*, 1893, III, p. 453. — **Fraenkel**. Zur Behandlung der chronischen Endometritis. *Wien. Medizin-Presse*, juillet 1893, p. 1134. — **Martin**. A fatty uterus; removal; recovery. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1893, XXVII, p. 713. — **Montgomery**. Hemorrhage from the female genital tract; its causes and treatment. *Intern. M. Mag.*, Phila., 1883, II, p. 423. — **More Madden (Th.)**. The Causes and Treatment of Dysmenorrhœa. *The Prov. M. J.*, juillet 1893, p. 354. — **Savage (Th.)**. On Hemorrhage from the Uterus. *The Brit. med. J.*, mai 1893, p. 37.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Boldt**. The operative treatment for myofibroma of the uterus. *Am. J. Obst.*, N.- Y., 1893. XXVII, p. 837. — **Carstens**. Technique of vaginal hysterectomy. *Tr. Am. Ass. Obst. and gynec.* 1892, Phila., 1893, V, p. 181. — **Cullingworth**. Large Oedematous Fibroïd of Uterus, removed by abdominal Hyste-

rectomy. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1893, vol. XXXV, p. 38. — **Dunning**. Uretero-Vaginal Fistula following Vaginal Hysterectomy for Cancer of the Uterus. *Annals of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 665. **Elliot**. Abdominal hysterectomy for fibroïds with cases. *The Boston med. and surg. J.*, 20 juillet 1893. — **Handfield-Jones**. Specimen of Calcification occuring in a Fibroïd of the Uterus. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1893, vol. XXXV, p. 2. — **Hanks**. Growith of fibroïd tumors after removal of the uterine appendages. *N.-York J. Gyn. and Obst.*, 1893, III, p. 508. — **Landau**. Extirpation, of the Uterus without Ligatures. *Med. Record*, septembre 1893, p. 301. — **Leyden**. Adhäsive Implantation eines Uterusmyoms in den Cervicalcanal. *Zeitsch. f. Gyn.*, 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. 434. — **Napier**. Multiple Fibro-myoma. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1893, vol. XXXV, p. 3 — **Noble**. Fibroïd tumors and hysterectomy. *St-Louis Cour. Med.*, 1893, VIII, p. 134. — **Ricketts**. Total hysterectomy. *Cincin. Lancet-Clinic.*, 1893, XXX, p. 679. **Rufus**. Vaginal Hysterectomy for Malignant Disease of the uterus with a Tabulated Report of cases. — *Med. News*, août 1893, p. 102. — **Smith**. Bleeding fibro-myoma of the uterus. *Dublin, J. M. Sc.*, 1893, XCV, p. 343. — **Steinhal**. Zur sacralen Methoda der Uterus extirpation. *Deutsche med. Wchschr.* Leipz. u. Berl., XIX, p. 501. — **Sutton**. The elastic ligature in supra-vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1893, XXVII, p. 866. — **Wilhem Fischel**. Ueber einem Fall von Amputatio uteri supravagin. nach der Fritsch'schen Methode. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 34, p. 787.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Batchelor**. Cystic formations in the broad ligament; their frequency, diagnosis and treatment. *Brit. gynæc. J.*, Lond., 1892-3, VIII, 343. — **Blondel**. Entérocèle adhésive à lésions annexielles. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.* août 1893, p. 356. — **Boiffin**. Quelques interventions pour suppurations pelviennes; du choix des méthodes opératoires. *Gaz. méd. de Nantes*, 1892-93, XI, 35. — **Cullingworth**. On pelvic peritonitis in the female, and the pathological importance of the fallopian tubes in connexion therewith. *The Lancet*, août 1893, p. 355. — **Mabit**. Poysalpinx consécutif à la fièvre typhoïde. *Nouv. arch. d'obstétr.*, 1893, p. 267. — **Moore**. Septic peritonitis from rupture of a small ovarian absces. *Dublin J. M. Sc.*, 1893, XCV, 218. — **Noble (P.)**. Cases of neglected pus tubes. A contribution to the natural hystory of Pus in the Pelvis. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, juin 1893, p. 535. — **Oliver** and **Williamson**. Case of abcess of the ovary. *Brit. M. J.* Lond., 1893, I, 1110. — **Saucier**. *Des salpingites (Essai sur le traitement des)*. TH. DE PARIS, 1892-93. — **Vaslin**. Pyosalpingite suppurée. *Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1er semestre 1893, p. 43. — **Wetherill**. Salpingitis and pelvic adhesions. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 671.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Lloyd Roberts**. Furthen cases of ovarian cystic tumours. *Medic. Chronicle*. Manchester, july 1893, p. 232. — **Stark**. Intraperitoneal hematocela. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1893, XXVII, 72. — **Wheaton**. Bony girdle from a dermoid tumour. *Trans. of the obst. Soc. of Lond.*, 1893, vol. XXXV, p. 4.

ORGANES URINAIRES. — **Bureau** et **Vignard**. Traitement de la fis-

tule recto-vaginale par dédoublement suturé à étages. *Arch. provinc. de Chirurg.*, octobre 1893, p. 585. — **Edebbols**. Report of Operations for Movable Kidney. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juill. 1893. p. 588. — **Kelly**. Catheterisation of the Ureteres. *Ann. of. Gynec. and Pæd.*, août 1893, p. 641. — **Mac-Neill**. Calculi of female bladder and their removal. *Mississipi M. Month.*, Meridian, 1892-93, II, 379. — **Robinson**. Anatomical points in the female bladder. *Milwaukee M. J.*, 1893, I, 175. — **Schönheimer**. Zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der menstruellen Uterus Abscheidungen. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Hft 2, p. 304. — **Stierlin**. Ein Fall von Uterus rudimentarius. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 38, p. 878.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Calderini**. Laparotomie. *Ann. di ost. e gynec.*, août 1893, p. 569. — **Davis**. The treatment of Large Ovarian cysts, with the report of a case. Extirpation of the Coccyx for congenital cyst. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, juin 1893, p. 539. — **Dorsett**. Vaginal ligation of a portion of the broad ligaments for uterine tumors and hemorrhage. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1893, XXVII, 874. — **Engstrom**. Ueber Reflexhemmung der Athem und Herzbewegungen bei operationen Eingriffen in der Bauchöle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. 351. — **Hall**. Abdominal hysterectomy without a pedicle. *Tr. South Surg. and Gynec. Ass.*, 1892, Phila., 1892, V, 3... — **Johnson**. Ovariotomy in old women. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1892, Phila., 1893, V, 275. — **Mac-Murtry**. Abdominal hysterectomy. *Tr. South Surg. and gynec. Ass.*, 1892, Phila., 1893, V, 137. — **Rosenwasser**. What are the Indications for Abdominal section in intra-pelvic Hæmorrhage? *Annals of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 652. — **Sainclair**. On Intra-Peritoneal Myomotomy. *The Brit. M. J.*, mai 1893, p. 49. — **Senn**. Laparo-hysterectomy; its indication and Technique. *The Am. J. of med. Sc.*, sept. 1893, p. 251.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Curatulo**. Sul terzo periode del parto; esperienze cliniche e studio critico sul mecanismo del distoco-placentare. *Ann. di Ost.*, Milano, 1893, XV, I.

ANATOMIE. BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Butte**. De l'urée du sang dans l'éclampsie; déductions pronostiques. *Annal. de la policlin. de Paris*, 1893, III, p. 163. — **Butte**. Respiration maternelle à l'état normal et à la suite d'une hémorrhagie de la mère. *Annal. de la policlin. de Paris*, 1883, III, p. 168. — **Conklin**. The pelvic symphyses in pregnancy and parturition. *Tr. Am. Ass. obst. and gynec.*, 1892, Phila., 1893, V, p. 209. — **Ferguson**. Uterine Rotation, its clinical importance in Pregnancy and Labour. *Edinb. m. J.*, sept. 1893, p. 241. — **Giles**. The lochia. *Lancet*, Lond., 1893, I, p. 1137. — **Neugebauer**. Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Aetiologie und Genese der Promontoriolexostosen, und zu Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitalis sowie der Coincidenz von Loësionen an der hinteren und vorderen Wand der selben. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. 373. — **Steinschneider**. Ueber die Cultur der Gonokokken. *Berlin.*

Klin. Woch., 1893, p. 696 et 728. — **Witridge Willams**. Puerperal infection considered from a bacteriological point of view. *Amer. J. of Med. Sc.*, Phila., 1893, II, p. 45. — **Zedel**. Zur Anatomie der schwangeren Tube mit besonderer Berucksichtigung des Baues der tubaren Placenta. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttg., 1893, XXVI, p. 18.

DYSTOCIE. — **Audebert**. Un cas de dystocie par brièveté réelle du cordon. *Gaz. hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, juillet 1893, p. 361. — **Cipulsky**. Ein Fall von Uterus subseptus. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 33, p. 769. — **Einsenhart**. Die Behandlung der Geburt bei engem Becken mit besonderer Berücksichtigung der Symphyseotomie. *Therap. Monath.*, Berl., 1893, VII, 178; 214. — **Holzapfel**. Retroflexio der nicht graviden Hälfte eines Uterus didelphys als Geburtshindernis. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 38, p. 873.

GROSSESSE. — **Bensinger**. Ein Fall von elfmonatlicher Gravidität. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 35, p. 806. — **Bustamante**. Mutaciones fetales al final del embarazo. *Rev. d. scienc. med.*, Habana, 1893, VIII, 121. — **Rissmann**. Spontane Geburt bei abnorm langer Schwangerschaftsdauer. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 34, p. 785. — **Robert**. Precocious pregnancy. *Med. News*, juillet 1893, p. 15. — **Varnier**. Les présentations du fœtus et leur diagnostic pendant la grossesse. *Rev. prat. d'obst. et de pæd.*, août 1893, p. 225.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Cordier**. A paper on extra-utérine pregnancy. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, septembre 1893, p. 722. — **Kime**. Cases of extra uterine pregnancy and pyosalpinx. *Atlanta M. et S. J.*, 1893-4 X, 148. — **Kime**. Ectopic pregnancy ; pathologie, symptoms and treatment. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, juin 1893, p. 549. — **Murnet**. Contribution to the study of tubal pregnancy. *The med. chronicle*, septembre 1893, p. 361. — **Reed**. Second occurence of ectopic gestation in the same patient. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1893, XXVII, 694. — **Rufus B. Hall**. Report of six consecutive cases of extra-uterine pregnancy. *Cincinnati Lancet Clinic.*, juillet 1893, p. 123. — **Vallin**. Traitem. chirurg. de la grossesse extra-utérine. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1893, p. 49.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne**. Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. med. J.*, octobre 1893, p. 321. — **Budin et Chavanne**. De l'emploi pour l'allaitement du lait stérilisé à 100 degrés, etc. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, août 1893, p. 319. — **Courant**. Ueber eine seltene Orbitalgeschwulst des Neugeborenen. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 32, p. 740. — **Frees**. Ein Fall von acuter Nephritis beim Neugeborenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. 426. — **Hubbert**. Intra-uterine asphyxia, with report of three cases. *Buffalo Med. and Surg. J.*, septembre 1893, p. 65. — **Koplock (Henry)**. Urogenital blennorrhœa in children. *J. of cutan. and gén. urin. diseases*, N.-Y., 1893, p. 230 et 263. — **Noble (C.)**. Certain Aspects of Puerperal Septicæmia with the Report of a Case of Acuta puerperal cellulitis. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, juin 1893, p. 537. — **Oehlschlæger**. Zur Wiederbelebung Neugeborener. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 31, p. 718.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Clarke.** The advantages of version in a certain class of obstetric cases. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.*, 1892, Phila., 1893, V, 437.— **Dührssen.** Kaiserschnitt, tiefe Cervix Incisionen und mechanischen dilatation des Muttermundes. *Berl. Klin. Wchschr.*, 1893, n° 28, p. 676. — **Farge.** Archéologie médicale: la symphyséotomie. *Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1er semestre 1893, p. 44. — **Garrigues.** The restoration of symphyseotomy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1893, XLIII, 611. — **Gigli.** Della sezione della sinfisi con la sega in filo metallico. *Annal. di Ost. e Ginec.*, juillet 1893, p. 557.— **Grandin.** Symphyseotomy; its technique and after results. *N.-York J. Gynæc. and Obst.*, 1893, III, 461. — **Heelas.** A report on twelve cases of induction of labour by Champetier de Ribe's Bag., *Lancet*, 26 août 1893, p. 490. — **Herff.** Kaiserschnitt tiefe Cervix incisionen und mechanische dilatation des Muttermundes. *Berlin Kl. Woch.*, n° 33, 1893. — **Lewers.** A case of Symphysiotomy. *The Lancet*, août 1893, p. 300. — **Löhlein.** Ueber die Grenzen der Künstliche Frühgeburt. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipz. u. Berl., 1893, XIX, 491. — **Lusk (T.).** The Technique of Primary Cœliotomy in Advanced Ectopic Gestation with Report of a Successful case. *The New-York J. of Gyn. and Obst.*, juillet 1893, p. 561. — **Myers.** Porro's operation. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.*, 1892, Phila., 1893, V, 199. — **Ostermann.** Zur Kombinirten Zangenextraktion. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 33, p. 764. — **Pinard.** Manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège. *Rev. prat. d'Obst. et de Pœdiat.*, août 1893, p. 245. — **Puech.** De la symphyséotomie. *N. Montpel. méd.* Suppl., 1893, II, 433. — **Roux et Reynès (H.).** Sur la symphyséotomie; résultat qu'on peut attendre au point de vue de l'élargissement de la voie pelvienne; recherches cadavériques. *Marseille méd.*, 1893, XXX, 84. — **Taylor.** Symphysiotomy. *Lancet Clinic.*, juin 1893, p. 645.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Adams (Th.).** Supra-vaginal Elongation of the cervix uteri with abnormal distribution of the liquor amnii in pregnancy. *The New-York, J. of. Gyn. and Obst.*, juillet 1893, p. 574. — **Bahuaud.** Deux cas de fièvre puerpérale. *Bull. de la Soc. de médec. d'Angers*, 1er semestre 1893, p. 56. — **Baldy.** Laparatomy during pregnancy. *Phila. Policl.*, 1893, II, 130. — **Barton Cooke Hirst.** Long continued hemorrhage in the latter half of pregnancy due to detachment of a normally situated placenta, etc. *Med. News*, 22 juillet 1893, p. 97. — **Bieganiki.** Excision de l'utérus rupturé pendant le travail. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1893, XIII, p. 464. — **Carter.** Obstetric paralysis with reference especially to the pathology and etiology. *Boston M. and S. J.*, 1893, CXXVIII, p. 434. — **Chiara.** Il bagno della superficie d'interzione della placenta nella infezione puerperale d'origine endo-uterine. *Annal. d. ost. e gyn.*, juillet 1893, p. 549. — **Cromm.** Note of a case of puerperal eclampsia with hypertrophie and undilatable cervix; cæsareansection. *Med. Press. et Circ.*, Lond. 1893. LV, p. 323. — **Davidson.** Puerperal eclampsia, juillet 1893, n° 1, p. 1. — **Face.** Puerperal fever and erysipelas; infant one month old with erysipelas of Head, Face, etc. *Med. Rec.* juillet 1893. p. 14. — **Fischer.** Ueber Schwangerschaftsniere und Schwangerschatnephritis. *Arch. f. Gyn.* 1893. Bd. 44, Hft. 2, p. 218. — **Galloupe.** A consideration of erysipelas occurring in puerperium. *The Bost. Med. and S. J.*, août 1893, p. 166. — **Graves.** Unique case of puer-

peral sepsis. *Med. Age*, Detroit, 1893, XI, 289. — **Gunn**. Labour complicated by pleuritic effusion. *Lancet*, Lond., 1893, II, 75. — **Hammond**. Puerperal eclampsia, a Plea for treatment with veratrum viride. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, août 1893, p. 676. — **Hurt**. Aetiology of Puerperal eclampsia; its treatment, with report of some typical cases. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, septembse 1893, p. 728. — **Ingerslev**. Die Sterblickeit an Wochenbett Fieber in Dänemark und die Bedeutung der Antiseptik für dieselbe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1893, Bd XXVI, Hft 2, p. — 443. **James Olivier**. On abortion. *Edinb. M. J.*, septembre 1893, p. 230. — **Jeffrey**. Procidentia uteri in a Pregnant woman. *Med. Rec.*, juillet 1893, p. 81. — **Keiffer**. Infection lente post. abortum. Brux., 1893, XLV, 181. — **Keith (S.)**. A case of Cæsarean section. *Brit. med. J.*, juillet 1893, p. 8. — **Koffer**. Atonia uteri mit nachfolgender Laparatomie. *Wien. med. Bl.*, 1893, XVI, p. 260. — **Lajoie**. Hémorrhagie rétro-placentaire survenue pendant la grossesse. *Un. méd. du Canada*, Montréal, 1893, VII, p. 225. — **Madden (T. M.)** Removal of the gravid uterus abdominal by section. *Occidental M. Times*. Sacramento, 1893, VII, p. 302. — **Marchiomeschi**. Dell'aborto abituale. *Annal. di ostetri. e ginecol.*, juillet 1893, p. 529. — **Matheiw D. Mann**. Exploratory laparatomy; pregnant uterus. *Buffalo med. and surg. J.*, août 1893. — **Neale**. Post-partum appendicitis. *Med. Rec.*, juillet 1893, p. 14. — **Polak**. A case of vomiting of pregnancy resulting in the induction of abortion. *Medic. News*, 22 juillet 1893, p. 99. — **Powell**. Case of erysipelas in a woman privato labor and followed by puerperal fever. *Cleveland M. Gaz.*, 1892-1893, VIII, p. 397. — **Rasch**. Osteo-malacia cured by excision of the ovaries. *Trans. of the Obst. Soc. of London* 1893, vol. XXXV, p. 39. — **Robert Kirk**. Five cases of albuminuria gravidarum with eclampsia, for wich venesection was performed in two; recovery of all. *The Lancet*, juillet 1893, p. 247. — **Robert Boxall**. The mortality of childbirth. *The Lancet*, juillet 1893, p. 9. — **Roland**. Grossesse de trois mois. Vomissements incoercibles. Evacuation de l'utérus, guérison. *Nouv. arch. d'obstétr.*, 1893, p. 273. — **Stewart**. Three cases of puerperal eclampsia. *The Lancet*, juillet 1893, p. 86. — **Van Someren**. Puerperal fever or typhoïd fever? *Lancet*, Lond., 1893, I, p. 1315. — **Venaj**. Pyélite de la grossesse. *Bull. méd. de Paris*, 1893, VII, p. 529. — **Wendell Holmes**. The contagiousness of puerperal fever. *Annals of Gyn. and Pædiat*, juin 1893, p. 513. — **Wilson (R.)** Uterine thrombosis Following post-partum hæmorrhage and its relation to puerperal infection. *Ann. of Gyn. and Pædiat*, juin 1893, p. 543.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Edebolhs**. Acute sublimate poisoning resulting from or single intra-uterine douche. *N.-York J. Gynæc. a. obst.*, 1893, III, 537. — **Herme (Arthur)**. The relative position of the aseptic and antiseptic methods in midwifery. *Medic. chronicle*, Manchester, july 1893, p. 217. — **Herzfeld**. Die Antisepsis in der Geburtshilfe. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1893, XXXVIII, 232, 242.

VARIA. — **Edwadrs P. Davis**. Scientific obstetrics in private Practice. *Med.*, juillet 1893, p. 36. — **Koëtlnitz**. Ueber chorio-deciduale Tumoren malignen Charakters. *Deutsch. med. Wochschr.*, Leipz. u. Berl., 1893, XIX, 497. — **Lawson Tait**. A clinical lecture on the Diagnosis of pregnancy. *The provinc. Med. J.*, août 1893, p. 397. — **Müller**. Casuistische Beiträge aus der Klinik des Herrn Geheimrath Gusserow. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Hft 2, p. 263.

VARIÉTÉS

Fondation William F. Jenks.

Le 3e prix triennal de cinq cents dollars, fondé par William F. Jenks, sera accordé à l'auteur du meilleur travail sur :

La mortalité infantile pendant l'accouchement et sa prophylaxie.

Les conditions établies par le fondateur du prix, sont que « le prix ou jugement devra toujours avoir pour objet un travail touchant l'obstétrique, ou les maladies des femmes, ou les maladies des enfants », et que les juges peuvent, à leur volonté, publier le travail couronné, ou un mémoire quelconque consacré à un sujet susceptible d'être récompensé, à condition qu'ils estiment que la rente dont ils disposent suffise à cela, et que l'étude ou le mémoire est réellement digne de la publication. Au cas de publication, la distribution de ladite étude reste absolument soumise au contrôle des mêmes juges. A défaut de publication, l'étude ou le mémoire devient la propriété du Collège des médecins de Philadelphie .

Ce prix est international, mais le travail doit être l'œuvre d'un seul.

Il sera écrit en anglais ou dans toute autre langue étrangère, mais, dans ce dernier cas, il devra être accompagné d'une traduction anglaise, et envoyé au Collège des médecins de Philadelphie, Pennsylvanie, U. S. A., avant le 1er janvier 1895, à l'adresse d'Horace Y. Evans, M. D., président du comité du prix William F. Jenks.

Chaque mémoire doit être écrit à la machine, se distinguera par une légende, et sera accompagné d'une enveloppe fermée contenant la même légende ainsi que le nom et l'adresse de l'auteur.

Le comité retournera les travaux non couronnés qui seront réclamés par les auteurs ou leurs agents dans le courant de l'année.

Le comité se réserve le droit de ne pas prononcer de jugement au cas où aucun des travaux ne lui paraîtrait digne du prix.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

OVARIOTOMIE POST-PARTUM (1)

Par **A.-E. Aust.-Lawrence**
Médecin accoucheur du *Bristol general Hospital.*

Nous sommes, je pense, tous d'accord sur la légitimité de l'extirpation d'une tumeur kystique de l'ovaire, *aussitôt qu'elle a été reconnue,* chez toute femme non enceinte. Or, je me propose aujourd'hui de fournir des arguments si décisifs qu'ils nous permettront d'affirmer que cette formule s'applique tout aussi bien à une femme qui, atteinte d'une tumeur ovarique, est simultanément gravide, qu'également, dans ces conditions, le point capital de notre thérapeutique, c'est d'enlever le kyste de l'ovaire dès qu'il est reconnu et de ne laisser que l'utérus. Cette manière de voir, je la base sur deux raisons : 1) *la mortalité relativement faible quand la tumeur est enlevée pendant la grossesse ;* 2) *les risques plus grands que fait courir à la tumeur, et par suite à la femme la grossesse.*

Le nombre des observations déjà relatées de femmes qui ont subi l'ovariotomie pendant la gestation, qui néanmoins sont arrivées à terme, et ont été délivrées d'enfants vivants,

(1) Traduction par le Dr R. Labusquière, d'après le *British med. J.,* septembre 1893, p. 622.

est considérable. Sur ce point, je ne puis parler que de ce que j'ai lu. Si d'autres peuvent, d'après leur expérience personnelle, nous affirmer que l'opération n'est pas plus grave durant la grossesse, et que dans les cas où elle est faite dans les premiers temps de la gestation, on ne se heurte pas aux sérieuses complications rencontrées pendant la délivrance, je tiens ma proposition pour démontrée, et j'estime que ce doit être pour nous une règle absolue d'*enlever une tumeur ovarique chez une femme enceinte aussitôt que possible*. Car j'ai la conviction que les kystes de l'ovaire coïncidant avec la grossesse créent des dangers spéciaux et très grands, sans proportion avec ceux encourus hors de l'état de gravidité. Mes observations mettront bien ce point en évidence; je vais les résumer sous les titres suivants : 1) *condition de la femme pendant la grossesse*; 2) *condition de la femme durant le travail*; 3) *condition de la femme après l'accouchement*.

Obs. I. — La femme en question avait noté, pendant la grossesse, qu'elle était beaucoup plus grosse que pendant les autres gestations ; mais, sauf une sensation de lourdeur, de pesanteur exagérée, pas de malaises spéciaux. Pendant l'accouchement, rien de particulier ; il avait marché comme les autres. Mais, après l'accouchement, elle avait été prise, dès le troisième jour, de douleurs abdominales aiguës, de fièvre vive ; de plus, le ventre était très tendu. On supposa qu'il s'agissait de péritonite puerpérale, mais je diagnostiquai un kyste de l'ovaire, compliqué de torsion du pédicule et de péritonite récente. Je fis la laparotomie, et confirmai l'exactitude du diagnostic. *Ovariotomie*. Suites opératoires heureuses. *Guérison*.

Obs. II. — Pendant la grossesse, jusqu'à l'accouchement, plusieurs crises de douleurs abdominales. Durant le travail, les douleurs furent toujours très vives, mais la délivrance s'accompagna d'une douleur intense dans le ventre. La parturiente se trouva mal, mais se remit peu après. Après l'accouchement, elle resta couchée six semaines, souffrant constamment du ventre et de distension abdominale. A son entrée à l'hôpital, je trouvai la cavité abdominale pleine de liquide, et je pensai qu'il s'agissait soit de quelque affection tubaire vague qui avait été le point de départ de

r péritonite, soit d'un kyste de l'ovaire rupturé. Ce dernier diagnostic était le vrai. Je fis la laparotomie et extirpai le kyste qui était mpu. Convalescence régulière; *guérison*. Je pense que dans cela cas le kyste s'était élevé en même temps que la matrice, qu'il avait contracté des adhérences et qu'il s'était rompu à l'occasion de l'involution, du retrait de l'utérus.

Obs. III. — La femme s'est trouvée plus grosse qu'aux grossesses antérieures. Durant cette grossesse, et surtout aux derniers six mois, douleurs vives dans le ventre. Accouchement plus pénible, plus douloureux que les précédents. Après l'accouchement, plusieurs crises de douleurs abdominales, avec fièvre et nausées. 5 semaines après l'accouchement, je constatai une tumeur demi-solide, s'élevant du bassin jusqu'à l'ombilic, et du volume d'un utérus à 6 mois. Je diagnostiquai un kyste ovarique compliqué probablement de torsion du pédicule et d'hémorrhagie intra-kystique. *Laparotomie*. Kyste très adhérent aux parois abdominales, à l'intestin, à l'épiploon. Après libération des adhérences, ovariotomie. *Guérison* régulière.

Obs. IV. — Cas important, parce que la femme a suivi, spontanément, une ligne de traitement tracée par quelques auteurs, savoir : avortement à six mois de grossesse. Au moment où je la vis, il y avait de la fièvre, de la distension de l'abdomen et les signes d'une délivrance récente. Je constatai une tumeur abdominale kystique, très tendue et une bonne quantité de liquide péritonéal. *Laparotomie*. Extirpation du kyste dont le pédicule était rompu et ablation de l'autre ovaire devenu kystique. Suites opératoires heureuses; *guérison*.

J'imagine qu'après l'évacuation de l'utérus, le kyste a subi un mouvement de rotation, que ce mouvement de rotation a été la conséquence des modifications de rapports dues à l'état de plénitude ou de vacuité de l'utérus, et j'estime que la possibilité de cette complication est une contre-indication à l'accouchement prématuré

Obs. V. — Ventre très gros, douleurs très vives à partir du troisième mois, nausées. Accouchement très douloureux, terminé avec le forceps. Après l'accouchement, continuation des douleurs, température élevée, nausées, phlegmatia. Quatre semaines après, *laparotomie*. Kyste adhérent, pédicule tordu, *ovariotomie*. Suites opératoires heureuses; *guérison*.

Les *observations* VI, VII, VIII, IX et X présentent des symp-

tômes analogues. Pendant la grossesse, toutes les femmes trouvèrent qu'elles étaient plus grosses que pour les autres. Accouchement et délivrance plus pénibles, plus douloureux que les antérieurs.

Dans tous ces cas, il y avait du liquide libre dans la cavité abdominale qui masquait le kyste, et on les avait pris pour des péritonites puerpérales. *Laparotomie*. Kyste adhérent avec torsion du pédicule; dans tous les cas, *guérison*.

Mes cas sont présentés sous l'étiquette : ovariotomie *post-partum*. Mais le but, l'idée de ma communication, c'est précisément de mettre en garde contre l'ovariotomie *post-partum* dans tous les cas où l'on a la chance de la pouvoir faire avant. Il est singulier que, dans tous ces cas, pas une seule fois on n'a reconnu avant le travail qu'il s'agissait de kystes de l'ovaire. La raison en est que toutes ces femmes étaient pauvres, qu'elles ne consultèrent pas un médecin, bien que plusieurs d'entre elles souffrissent beaucoup. Elles tenaient ces souffrances pour un mal nécessaire de leur état.

Un autre point important, c'est que plusieurs fois, après l'accouchement, les médecins n'ont pas reconnu de quoi il s'agissait au fond et qu'ils ont diagnostiqué des péritonites puerpérales. Je suis surpris de penser que tant de femmes ont pu mourir de soi-disant péritonites puerpérales, qu'une opération faite à temps aurait pu sauver.

Autre particularité digne d'intérêt, c'est l'existence de cette complication, habituellement sérieuse : la torsion du pédicule. Elle est due, je pense, au mécanisme indiqué plus haut. Il y a ici une question de pratique. Que doit-on faire quand, pour la première fois, on voit sa cliente en travail et qu'on reconnaît la présence d'un kyste de l'ovaire? Pour ma part, j'estime que la ligne à suivre est la suivante : délivrer la femme aussitôt que possible avec le forceps, ...et, à la moindre apparence d'un des symptômes que j'ai mentionnés, faire immédiatement la laparotomie. En l'absence de tout symptôme, attendre, par exemple, un mois avant d'opérer.

J'espère que cette courte et imparfaite communication

pourra attirer l'attention sur la question du traitement des kystes de l'ovaire compliquant la grossesse et sur les dangers dont ils peuvent devenir l'occasion durant les suites de couches.

DE L'ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU PIED DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ, MODE DES FESSES

(Suite et fin) (1).

Par le Dr **J. Potocki**
Ancien chef de clinique obstétricale.

B. — **Difficultés et particularités de l'abaissement du pied quand le siège est engagé.**

Lorsque le siège est engagé, on peut rencontrer, pour abaisser un pied, les mêmes difficultés qu'avant l'engagement, y compris celles qui proviennent de la contraction et de la rétraction de l'utérus, ainsi que cela est arrivé dans l'observation XXXV; mais je ne reviendrai pas sur ces dernières difficultés et je m'attacherai spécialement ici à celles qui sont sous la dépendance de l'engagement lui-même.

Elles sont quelquefois assez grandes. On comprend bien, en effet, que la main de l'opérateur évolue moins aisément dans la cavité pelvienne qui est rigide et immuable, que dans la cavité utérine qui se prête à des changements de forme, qui cède aux points où l'on exerce une pression plus grande, et dont la résistance peut diminuer sous le chloroforme.

Il est certain en outre que les difficultés varieront avec le degré d'engagement des fesses. Rien n'est donc plus utile que de caractériser cet engagement avec précision; malheureusement, on ne le fait pas toujours; aussi, à la lecture des

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet et août 1893.

jusqu'au niveau d'un plan qui passe par le milieu de la symphyse pubienne et rencontre en arrière la 3e vertèbre sacrée. Les ischions sont bien plus bas, et, au toucher, on les trouve affleurant le ligament triangulaire et pas très éloignés des épines sciatiques. L'engagement, tel que je le suppose ici, est, en général, appelé engagement profond.

A moins d'avoir affaire à de petits fœtus, il n'est plus possible de soulever le siège au-dessus du détroit supérieur; la hanche antérieure reste donc dans l'excavation et la bascule du fémur devra se faire dans le petit bassin.

Avant d'aller plus loin, il s'agit donc de déterminer s'il est possible d'effectuer cette bascule dans l'excavation.

Or, si on s'en rapporte aux auteurs qui ont écrit sur l'accouchement dans le mode des fesses, on voit que tous, à l'exception de Barnes, considèrent que l'engagement du siège constitue une contre-indication absolue à l'abaissement du pied. Cette opinion est-elle justifiée? Je ne le crois pas. Et pour le démontrer je puis invoquer trois ordres de preuves.

D'abord, des preuves cliniques : car, dans certaines des opérations que je rapporte plus loin, l'abaissement du pied a été effectué malgré un engagement très prononcé des fesses.

En second lieu, des preuves expérimentales : j'ai engagé profondément, soit dans le bassin de bronze, soit dans le mannequin de Pinard et Budin, soit dans deux bassins de femmes mortes en couches et dont j'avais au préalable enlevé l'utérus, j'ai engagé, dis-je, en mode des fesses, des fœtus de différentes grandeurs et toujours je suis parvenu à abaisser le pied avec facilité, le fémur se défléchissant dans l'excavation sans y rencontrer d'obstacle.

Au surplus, les mensurations lèveront, je pense, tous les doutes. Et à ce propos, je ne puis m'empêcher de dire que j'ai été fort étonné en constatant, que dans aucun des travaux qui traitent de l'accouchement par le siège mode des fesses, il n'est parlé des dimensions respectives du membre inférieur du fœtus et du bassin maternel que ce membre inférieur doit traverser.

Cela est très regrettable, car, faute de documents qu'il était pourtant bien facile de se procurer, certains accoucheurs se sont crus obligés de juger la question a priori et de décider que la cuisse du fœtus ne pouvait se fléchir ni se défléchir dans l'excavation. C'est, en particulier, l'opinion de Schrœder: « Si le siège est profondément engagé dans le bassin, on ne doit pas, même si la main peut parvenir jusqu'au siège (!?), essayer d'abaisssser un pied, *puisque le fémur est trop long pour que l'on puisse, sans le fracturer, lui faire traverser le bassin le long du siège dans le sens de sa longueur* (1). » Il est probable que Schrœder, et ceux qui ont adopté sa manière de voir, n'ont pas cherché à vérifier si leur assertion était exacte, car, s'ils avaient mesuré des fémurs de nouveau-nés, ils seraient comme moi arrivés à une conclusion diamétralement opposée

Voici, en effet, les moyennes des mensurations que j'ai faites et dont je donne plus loin les détails. Ce qui doit basculer dans le bassin c'est non pas le fémur seul, mais le fémur doublé de la rotule, ce qu'on pourrait, par abréviation, appeler le *segment fémoral* du membre inférieur, dont la longueur est représentée par la distance qui sépare le bord supérieur du grand trochanter de la rotule dans la flexion à angle droit de la jambe.

Or, pour des fœtus de :

4.500 à 4.000 gr.	le segment fémoral	mesure	11,7 cent.
4.000 à 3.500	»	»	11,2 »
3.500 à 3.000	»	»	11 »
3.000 à 2,500	»	»	10,8 »
2.500 à 2.000	»	»	10,1 »

Il en résulte que théoriquement la bascule du fémur est possible, puisque la longueur maximum du segment fémoral est plus petite que les diamètres transverses et obliques du détroit supérieur et de l'excavation.

---

(1) SCHRŒDER. *Manuel d'accouchements*. Traduction française par M. CHARPENTIER, Paris, 1875, p. 293.

Si donc il s'agissait seulement de faire basculer au détroit supérieur et dans l'excavation une cuisse de fœtus séparée du tronc, il n'y aurait aucune difficulté ; mais, en pratique, le problème est plus compliqué, car la cuisse doit s'engager alors que la partie supérieure de l'excavation est déjà partiellement obstruée par l'extrémité pelvienne du fœtus à laquelle la cuisse est fixée. Toutefois, il reste encore une place suffisante pour que la déflexion de la cuisse puisse s'effectuer.

Enfoncez, en effet, dans un bassin, un fœtus à terme du poids moyen de 3,250 grammes, tassez-le tant soit peu dans un côté de ce bassin, et vous verrez que la moitié environ de l'aire du détroit supérieur et des divers plans de l'excavation reste libre. Du reste, on eût pu le prévoir en se rappelant que pour un fœtus à terme le diamètre bitrochantérien mesure 9 centim. et le diamètre pubio-sacré 5,5 centim. seulement. Le volume de cette région fœtale peut même être réduit grâce au tassement des parties molles, comme cela a lieu, du reste, pendant l'accouchement spontané ou une intervention manuelle. L'accoucheur dispose donc d'un espace suffisant pour manœuvrer.

Évidemment, quand le fœtus est plus gros, il devient plus difficile de défléchir la cuisse ; toutefois, la difficulté est moins grande qu'on ne pourrait le supposer a priori, car l'excès de volume du fœtus tient surtout à la plus grande épaisseur des parties molles et en particulier du tissu adipeux sous-cutané, les dimensions osseuses, les seules à peu près irréductibles, variant à peine, quoique le poids du fœtus augmente dans de fortes proportions. C'est ainsi qu'en mesurant plusieurs fœtus de 4,000 à 5,500 gr., j'ai trouvé que le diamètre bis-iliaque oscillait autour de 8,5 centim., et le diamètre bitrochantérien autour de 9,5 centim. sans même atteindre 10 centim.

La cuisse pourra donc basculer quel que soit le volume du fœtus, mais il est bien évident que ce ne sera pas suivant n'importe quelle direction du détroit supérieur ou de l'excavation. Si on veut engager la cuisse en lui faisant, par

exemple, raser de trop près la paroi osseuse du bassin, l'évolution ne sera pas possible. Il en est de la cuisse du fœtus comme d'une tige que l'on veut faire passer à travers un anneau dont le diamètre est à peu près égal à la longueur de cette tige ; place-t-on celle-ci à la périphérie de l'anneau ? elle ne passe pas ; cherche-t-on, au contraire, à l'engager par le centre suivant un diamètre ? elle traverse l'anneau aisément.

Reste encore un point à examiner : Quand le siège est



Fig. 7. — Le siège est engagé jusqu'aux épines sciatiques, la hanche antérieure est en rapport avec le bord inférieur de la symphyse pubienne, le genou est bien au-dessus du détroit supérieur (d'après Farabeuf et Varnier).

engagé, la cuisse du fœtus peut-elle être mise en abduction suffisamment forcée pour que la descente de la jambe soit possible ? En d'autres termes, la cuisse ne viendra-t-elle pas trop rapidement buter contre les parois du bassin pour y être immobilisée dans une abduction insuffisante ?

Cela n'est pas à craindre, ainsi que le démontrent péremptoirement les observations cliniques et les essais à l'amphithéâtre. Du reste, rendons-nous compte du degré d'engagement de la cuisse dans ce cas particulier. La figure 7, que

j'emprunte au remarquable traité de MM. Farabeuf et Varnier, nous montre que, pour un engagement plus prononcé que celui dont je m'occupe, le tiers de la cuisse antérieure est au-dessus du détroit supérieur ; ici donc les deux tiers de la cuisse seraient en dehors de l'excavation. Qu'en résulte-t-il ? C'est que le fémur est presque entièrement libre d'évoluer puisque son mouvement d'abduction ne sera arrêté qu'à l'instant précis où son tiers supérieur rencontrera la marge du bassin ; or à ce moment, le genou sera écarté du tronc d'une quantité suffisante pour permettre l'abaissement de la jambe.

Il est donc possible d'abaisser un pied dans la présentation du siège mode des fesses, engagée jusqu'au milieu de l'excavation.

Voyons maintenant de quelle façon on devra procéder à cet abaissement. Mais je serai bref, car le manuel opératoire étant presque exactement le même que celui que j'ai déjà exposé à propos du siège non engagé, il n'y a lieu d'insister que sur la façon de faire traverser au fémur le détroit supérieur.

Je suppose qu'il s'agisse d'une position G.A. On a abaissé le pied antérieur et on veut engager le genou au détroit supérieur : en quel point faut-il opérer cet engagement ? Si on essayait de faire passer le genou par le milieu de la ligne innominée droite ou par la symphyse sacro-iliaque droite, on échouerait forcément. Au contraire, la descente de la cuisse pourra s'effectuer si le genou glisse sur l'aileron gauche du sacrum ou sur la symphyse sacro-iliaque gauche, car dans cette situation, le fémur occupe à peu près le diamètre oblique droit que le tronc du fœtus laisse libre. Or ce diamètre est plus grand que le segment fémoral, et par conséquent praticable pour ce dernier. Si nous voulons nous rendre compte de la situation de la cuisse du fœtus pendant sa traversée au détroit supérieur, nous voyons donc qu'elle est en adduction forcée, et qu'elle se déplace en restant pour ainsi dire en contact avec la face antérieure du tronc du fœtus sur laquelle elle glisse.

C'est une remarque qu'il était important de faire, car bien des accoucheurs se figurent à tort que, dans le cas particulier, la cuisse se défléchit en décrivant un arc de cercle dont le plan est perpendiculaire au tronc du fœtus. Rien n'est moins exact; l'arc de cercle décrit par la cuisse est au contraire presque parallèle au plan ventral du fœtus. En somme, on défléchit la cuisse comme on défléchit le bras relevé que l'on fait glisser sur la face et sur le plan sternal du fœtus : il ne viendrait jamais à l'idée de personne d'abaisser le bras en cherchant à le placer perpendiculairement au thorax.

Il en résulte que c'est bien le segment fémoral du membre inférieur qui traverse le détroit supérieur suivant un diamètre de celui-ci, que c'est de sa seule dimension que nous devons nous préoccuper, et qu'il nous est indifférent de connaître la distance qui sépare le sacrum du genou lorsque la cuisse est fléchie à angle droit sur le tronc. Cette dernière dimension, qui mesure 1,2 et même 3 centim. de plus que la précédente, ne se présente jamais telle quelle à l'entrée de l'excavation, car la cuisse est toujours située parallèlement au tronc et non perpendiculairement à sa direction.

Une fois le détroit supérieur franchi, le fémur se trouve dans l'excavation où il descendra aisément. Il est certain cependant que, si l'enfant était très volumineux, l'engagement de la cuisse serait plus difficile, à cause de la grande place occupée par l'extrémité pelvienne du fœtus; mais comme l'excès de volume du fœtus tient dans ce cas aux parties molles, il se produirait assez facilement une réduction de ce volume qui permettrait l'abaissement de la cuisse. D'ailleurs, s'il était absolument impossible de faire traverser au genou l'entrée du bassin, force serait d'abandonner dans l'excavation la jambe qui est actuellement fléchie et cette manœuvre, quoique incomplète, pourrait même être de quelque utilité dans le cas d'abaissement prophylactique.

En résumé, la théorie fait prévoir et l'expérimentation ainsi que la clinique démontrent qu'il est possible d'abaisser

un pied dans la présentation du siège, mode des fesses, engagée jusqu'à la partie moyenne de l'excavation.

3° **Le siège est au détroit inférieur.** — Quand le siège est au détroit inférieur, les fesses du fœtus commencent à creuser le plancher périnéal, et les hanches sont à peu près au niveau des épines sciatiques. Les conditions sont alors bien moins favorables pour l'abaissement du pied que dans les cas précédents, non seulement parce que la main de l'accoucheur a moins de liberté pour évoluer, mais encore parce que la cuisse du fœtus, logée presque en entier dans l'excavation pelvienne, se déplace plus difficilement, car elle ne tarde pas, quand on la met en abduction, à rencontrer les parois osseuses du bassin qui l'arrêtent.

Un nouveau facteur entre d'ailleurs en scène. Jusqu'ici nous n'avons pas eu à nous préoccuper de la flexion de la jambe, car cette flexion se faisant dans la cavité utérine, ne rencontrait d'autre obstacle que celui qui lui était opposé quelquefois par la rétraction de l'utérus ; mais il en est différemment lorsque le siège est engagé jusqu'au détroit inférieur. Dans ce cas, en effet, le genou est au niveau ou à peu de distance du détroit supérieur, de telle sorte qu'au moment où le pied va se présenter pour pénétrer dans l'excavation, la jambe est pour ainsi dire couchée sur l'ouverture du bassin à laquelle elle présente sa plus grande dimension. Pour que le pied puisse s'abaisser, il est donc nécessaire que cette dimension soit inférieure ou au plus égale au grand diamètre du détroit supérieur. En est-il ainsi?

Voyons ce que nous apprennent à ce sujet les mensurations.

Le segment du membre inférieur qui s'offre au détroit abdominal n'est pas constitué par la jambe seule, mais par la jambe, le pied et le genou, je l'appellerai *segment tibial*, par opposition au segment fémoral ; sa longueur est représentée par la distance qui sépare la face antérieure des condyles fémoraux des talons, lorsque la jambe fait un angle droit avec la cuisse. J'ai mesuré cette longueur sur un grand

nombre de fœtus et voici les moyennes que j'ai obtenues. Pour les enfants de :

4.500 à 4.000 gr.	le segment tibial	mesure	13,5	cent.
4.000 à 3.500	»	»	12,9	»
3.500 à 3.000	»	»	12,4	»
3.000 à 2.500	»	»	11,6	»
2.500 à 2.000	»	»	11,2	»

On voit que, toutes choses égales d'ailleurs, ces dimensions sont plus grandes que celles du segment fémoral, et que par conséquent ce qui a été dit au sujet de la flexion de la cuisse dans le bassin n'est pas absolument applicable à la flexion de la jambe. Comme, d'autre part, les grands diamètres du détroit supérieur recouvert de parties molles mesurent au maximum 12 centim., il en résulte que, si le genou est à l'entrée du bassin ou à peine au-dessus ou au-dessous, le pied ne pourra s'engager dans l'excavation à moins que le fœtus ne soit petit et pèse moins de 3,000 gr. Avec des fœtus plus volumineux, on doit presque forcément échouer, si le genou ne se déplace pas.

Voilà ce que nous apprend la théorie, mais en pratique que convient-il de faire?

Faut-il renoncer à abaisser un pied, quand le siège du fœtus est engagé jusqu'à la partie inférieure de l'excavation, dans la crainte que la jambe ne puisse traverser le détroit supérieur ? Je ne le crois pas. D'ailleurs la clinique démontre que la déflexion du membre inférieur est possible même quand le siège appuie sur le périnée (voyez les observations XXVI et XXXI).

S'abstenir, ce serait donc se priver des bénéfices d'une intervention dont seule une tentative opératoire peut démontrer l'impossibilité. Enfin, il faut savoir que toutes les fois qu'on introduit la main dans les organes génitaux, on repousse forcément la présentation, de sorte que les fesses qui étaient à la vulve, au début de l'opération, ont été remontées plus ou moins haut dans l'excavation et que le

genou est de ce fait refoulé dans le grand bassin, rendant de la sorte possible l'abaissement de la jambe. Pour toutes ces raisons, je crois donc qu'il faut essayer d'abaisser un pied quel que soit le degré d'engagement des fesses, et qu'on réussira dans un très grand nombre de cas.

J'ai admis ici que le fœtus appuyait déjà sur le plancher périnéal, mais entre l'engagement jusqu'au milieu de l'excavation et l'engagement terminé, il y a place pour des degrés intermédiaires, et on comprend que moins le siège sera descendu, plus il sera facile de procéder à l'abaissement du pied et moins il faudra hésiter à y recourir.

Quand le siège commence à se dégager à la vulve, il arrive quelquefois qu'en plaçant le doigt dans le pli de l'aine pour exercer quelques tractions, on voit la cuisse se fléchir aussitôt, le genou apparaître et la jambe se dégager. Ce sont là des surprises agréables que connaissent bien tous ceux qui ont l'habitude des accouchements.

Cela prouve une fois de plus qu'on est toujours autorisé à tenter l'abaissement artificiel du pied, et qu'on pourra le mener à bien en dépit des prévisions contraires. En cas d'échec, on en sera quitte pour extraire le fœtus d'une autre façon.

III. — L'abaissement prophylactique ou curatif du pied expose-t-il la mère ou l'enfant à des accidents?

L'abaissement artificiel du pied, qu'il soit prophylactique ou curatif, n'expose la parturiente à aucun danger, ainsi qu'en témoigne le relevé de nos 36 observations.

On n'a pas à craindre de rompre l'utérus, car la main est introduite peu profondément, et l'évolution porte seulement sur une partie d'un membre inférieur et non sur le tronc du fœtus comme dans la version pelvienne.

Par contre, il peut se produire des accidents du côté de l'organisme fœtal. Le plus à redouter est la procidence du cordon. On comprend bien, en effet, que le cordon puisse

être entraîné pendant qu'on abaisse le pied qui est dans son voisinage. Nous avons observé cette procidence trois fois dans les observations XV, XXXIII et XXXVI. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il s'agisse là d'une complication grave; elle oblige seulement à extraire l'enfant sans retard, ce qui est facile si on a attendu, pour abaisser le pied, que la dilatation soit complète.

Est-on exposé à fracturer le fémur? Peut-être; mais cet accident n'est pas signalé dans nos observations. On l'évitera du reste presque à coup sûr, si on applique toujours les doigts le long de la cuisse, en attelles pour ainsi dire, en se gardant bien de les placer perpendiculairement à la direction de la cuisse; il en est du fémur comme de l'humérus : quand on appuie sur lui perpendiculairement à sa longueur, il se brise avec la plus grande facilité.

L'abaissement artificiel du pied peut-il encore occasionner des lésions des articulations du membre inférieur? A la rigueur, des tiraillements et déchirures des ligaments sont possibles, quoique je n'en trouve aucune mention ; au surplus, je crois qu'il faudrait, pour déterminer de pareils traumatismes, déployer une force exagérée, qui, aujourd'hui, n'est plus guère admise en obstétrique.

Une complication plus importante est la suivante: Dans un certain nombre de cas où on a procédé à l'abaissement préventif du pied, les bruits du cœur du fœtus se sont modifiés aussitôt après l'intervention, ce qui n'a pas permis d'attendre l'expulsion spontanée du fœtus et a nécessité son extraction immédiate. De telle sorte qu'une opération qui avait été pratiquée dans un but prophylactique a mis l'accoucheur dans l'obligation de procéder sans retard à l'extraction du siège. L'objection est fondée, mais je ferai remarquer que si on extrait le fœtus suivant les règles, avec la lenteur et l'attention nécessaires, l'opération n'entraîne guère d'inconvénients sérieux pour l'enfant. Nos chiffres le démontrent puisque, sur 25 abaissements prophylactiques qui peuvent entrer en ligne de compte, 3 fois seulement on dut recourir à l'insufflation

pour ranimer l'enfant, et les 25 enfants sortirent vivants de l'hôpital.

En définitive, l'abaissement artificiel du pied n'expose la mère à aucun accident; il ne détermine non plus, si du moins l'opération est pratiquée selon les règles, aucun traumatisme du côté du fœtus. Mais l'abaissement du pied peut se compliquer de procidence du cordon, de telle sorte que si l'intervention a été exécutée dans un but prophylactique, on peut l'accuser d'avoir déterminé une complication qui ne se serait probablement pas produite, si on s'en était tenu à l'expectation pure et simple. Rien de plus vrai. Mais il suffit alors de procéder sans retard à l'extraction de l'enfant pour avoir celui-ci vivant, et cette extraction immédiate est possible puisque, comme je dirai plus loin, l'abaissement du pied ne doit être entrepris qu'à la dilatation complète. En nous conduisant de cette manière nous avons obtenu 25 enfants vivants sur 25 abaissements prophylactiques à la dilatation complète, et, jusqu'ici du moins, je ne sache pas qu'il ait été publié de statistique d'accouchements en présentation du siège mode des fesses, plus favorable que celle-ci.

L'accident auquel je viens de faire allusion, est donc moins défavorable pour l'enfant que l'expectation prolongée qui trop souvent entraîne la mort du fœtus par suite des troubles de la circulation placentaire liés à un long travail; de plus, l'intervention prophylactique évite à la mère l'épuisement qui est la conséquense d'un accouchement difficile et les dangers d'une extraction pénible avec le forceps, les lacs, etc.

IV. — Indications et contre-indications de l'abaissement artificiel du pied.

L'abaissement du pied est pratiqué, ai-je dit, dans deux buts différents : dans un but prophylactique, quand on y a recours en dehors de toute indication immédiate, soit maternelle, soit fœtale, simplement pour prévenir les difficultés de la période d'expulsion de l'accouchement par les fesses; dans un but curatif, lorsqu'on se propose de terminer sans

retard l'accouchement, soit que l'état de la mère, soit que l'état du fœtus, nécessitent une prompte délivrance.

A. — Contre-indications.

Que l'abaissement du pied soit prophylactique ou curatif, il ne reconnaît que deux contre-indications : la dilatation incomplète de l'orifice utérin et la mort certaine du fœtus.

Peu importe le degré de rétraction de l'utérus et d'engagement du siège, on pourra toujours exécuter ou essayer d'exécuter la manœuvre et j'ai dit qu'elle réussissait dans la plupart des cas.

Si l'enfant est mort, on doit renoncer à abaisser un pied, à moins que cette opération ne soit jugée très facile, et on aura recours de préférence à d'autres procédés d'extraction et en particulier à l'emploi du basiotribe, qui fournira une prise solide pour exercer des tractions.

1° *Abaissement curatif.* — Il est facile de comprendre que l'abaissement curatif du pied ne doit jamais être tenté avant la dilatation complète, car la déflexion du membre inférieur n'étant ici que le premier temps de l'extraction du fœtus, nous enfreindrions cette loi fondamentale qui veut que jamais on ne procède à l'extraction du fœtus avant que l'orifice utérin ne soit dilaté ou dilatable. Inutile donc d'insister davantage. Au surplus, si l'on voulait quand même terminer l'accouchement, on se heurterait à de grandes difficultés, on s'exposerait à déchirer l'utérus et, malgré tout, on n'arriverait à extraire qu'un enfant mort.

Il faut donc, dans ces conditions, ou bien attendre que la dilatation s'achève spontanément, ou mieux encore la compléter artificiellement à l'aide du ballon de M. Champetier de Ribes, ce qui s'obtient dans un temps relativement court.

2° *Abaissement prophylactique.* — En ce qui concerne l'abaissement prophylactique du pied, il semble que la non-dilatation de l'orifice utérin ne lui constitue pas une contre-indication absolue, puisqu'après avoir défléchi le membre inférieur, on abandonne à elle-même l'expulsion du fœtus.

Cela serait effectivement vrai, si l'abaissement prophylactique n'entraînait jamais d'accident. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et quels regrets n'aurait pas l'accoucheur qui, en abaissant prématurément le pied, produirait une procidence du cordon, ou constaterait que les bruits du cœur du fœtus se modifient, et qui se verrait dans l'impossibilité d'extraire le fœtus, par suite d'une dilatation insuffisante de l'orifice utérin !

En outre, le fait d'abaisser le pied avant la dilatation complète, oblige l'accoucheur à rompre prématurément les membranes si elles sont intactes, de sorte que, pour un bénéfice aléatoire, il se prive de la grande sécurité que donne l'intégrité de la poche des eaux relativement à la marche du travail, à la dilatation régulière de l'orifice utérin, etc., bien heureux encore quand il ne se produit pas en même temps une procidence du cordon. Il ne saurait donc être question d'abaisser le pied avant la dilatation complète, surtout quand l'œuf est intact.

On objectera cependant que si on attend pour procéder à l'abaissement prophylactique du pied, que la dilatation soit complète, on laisse le siège s'engager et, dès lors, si ultérieurement on veut abaisser un pied, la manœuvre est plus difficile à exécuter qu'elle ne l'eût été au début du travail avant l'engagement. Je n'en disconviens pas, mais j'y vois un avantage capital, c'est celui de restreindre le nombre des interventions prophylactiques.

Il arrive, en effet, fréquemment qu'au moment où on rompt les membranes, à la dilatation complète, les fesses s'engagent aussitôt ou descendent plus profondément dans l'excavation, et si on patiente quelques minutes, on voit, sous l'influence de contractions utérines puissantes et d'efforts énergiques de la parturiente, le siège arriver à la vulve et sortir spontanément. Attendre avant d'abaisser un pied que la dilatation soit achevée, c'est donc bien souvent éviter à la femme une intervention inutile, lui laisser les bénéfices d'un accouchement normal, et mettre son enfant à l'abri des accidents de la déflexion prématurée du pied, accidents excep-

tionnels, il est vrai, mais avec lesquels on est obligé de compter.

Il ne faut pas oublier, du reste, qu'un grand nombre des accouchements par le siège mode des fesses se terminent spontanément. Il sera donc toujours temps, quand la dilatation sera complète, de suppléer la nature si elle se montre insuffisante, ce qu'on ne peut prévoir au début de la période de dilatation.

Intervenir prématurément, c'est au contraire faire table rase des enseignements de la clinique et méconnaître l'accouchement spontané par le siège mode des fesses. A mon avis, mieux vaudrait renoncer à l'abaissement prophylactique que d'y avoir recours au début du travail, car, pour éviter les difficultés de l'accouchement par les fesses, ce serait créer trop souvent de toutes pièces des complications fatales pour l'enfant.

B. — Indications.

1° *Abaissement prophylactique.* — Les conditions nécessaires existant, dans quels cas et à quel moment faut-il donc procéder à l'abaissement prophylactique du pied ?

On pourrait y procéder dans toute présentation du siège décomplété mode des fesses, une fois la dilatation complète et les membranes rompues, mais je pense qu'il est préférable de ne pas généraliser à ce point l'intervention prophylactique et de s'en abstenir quand on aura lieu de croire que l'accouchement pourra se terminer spontanément, c'est-à-dire si l'enfant est petit ou de moyen volume, si le travail a duré peu de temps, si les contractions utérines sont régulières et les efforts de la femme énergiques.

Si cependant, contre toute attente, l'engagement ne se faisait pas, ou ne progressait pas, si le travail s'arrêtait, ou si le fœtus souffrait, on en serait quitte pour procéder alors à l'abaissement du pied, qui deviendrait ainsi un abaissement curatif. Certes, en attendant, on s'expose à ce que le siège s'engage plus profondément, ce qui rendra plus difficile

l'exécution de la manœuvre de M. Pinard, mais j'ai montré que l'abaissement du pied était encore possible et relativement facile dans ces conditions; il n'y aurait donc pas lieu de regretter outre mesure de n'être pas intervenu plus tôt.

Mais il est des circonstances où l'indication de l'abaissement prophylactique est absolument pressante, et où il faut abaisser un pied dès que la dilatation est complète, c'est dans les circonstances suivantes : femme épuisée par un long travail, rupture prématurée des membranes, fœtus volumineux, absence d'engagement. On n'hésitera donc pas et on défléchira de suite un membre inférieur. En intervenant ainsi au temps d'élection, on évitera que l'engagement ne se produise ou ne se complète, et on opérera par conséquent dans les conditions les plus favorables. Puis, le pied abaissé, on abandonnera à la nature le soin d'expulser le fœtus ou bien on l'extraira aussitôt, si l'indication s'en présente.

2° *Abaissement curatif.* — De toutes les indications de l'abaissement curatif, la plus fréquente est la souffrance du fœtus manifestée par la modification des bruits du cœur; d'autres fois, il s'agit d'un arrêt dans la descente du fœtus ou d'une anomalie du mouvement de rotation; quelquefois enfin, la femme peut présenter de la fièvre ou le liquide amniotique être fétide.

Dans ces diverses circonstances, il s'agit ordinairement de femmes qui n'ont pas été suivies dès le début du travail et auprès desquelles l'accoucheur n'est appelé que pour procéder à l'extraction du fœtus.

L'abaissement curatif est alors le rival des lacs, du forceps, des tractions inguinales, et il peut être nécessaire de le pratiquer au détroit supérieur ou à des hauteurs variables de l'excavation pelvienne.

C'est du reste à propos du siège engagé que beaucoup d'accoucheurs contestent la possibilité de l'abaissement du pied en s'appuyant sur les résultats de leur propre expérience; mais je crois que les échecs qu'ils ont éprouvés doivent être attribués à une technique imparfaite, et qu'en

employant le procédé préconisé par le professeur Pinard on réussira presque toujours.

V. — Observations cliniques.

Je les divise en trois groupes :

1° Abaissement du pied antérieur à la dilatation complète.

2° Abaissement du pied postérieur à la dilatation complète.

3° Abaissement du pied pendant la période de dilatation.

Ces observations sont résumées, et je n'y relate avec détail le manuel opératoire que lorsque celui-ci a présenté une particularité intéressante.

1° — Abaissement du pied antérieur a la dilatation complète

Obs. I. — Opérateur : M. Mantel. 13 octobre 1888.

Ipare, 25 ans. Entre en travail à la maternité de Lariboisière. Dilatation comme 2 francs, contractions utérines subintrantes rendant impossible la version par manœuvres externes. Siège au-dessus du détroit supérieur en D.T.

Dès que la dilatation est complète, M. Mantel fait mettre la femme en travers du lit, rompt les membranes, et introduit la main droite dans l'utérus ; il refoule le siège vers la fosse iliaque, appuie au niveau du creux poplité de la cuisse antérieure pour mettre la cuisse en abduction, et facilite l'abaissement du pied en accrochant avec le doigt la partie supérieure de la jambe. Il entraîne le pied antérieur au dehors, et procède à l'extraction immédiate rendue nécessaire par la modification des bruits du cœur du fœtus.

L'enfant, du poids de 3,500 gr., né en état de mort apparente, est très vite ranimé à l'aide de frictions. A sa sortie de l'hôpital, il pèse 3,630 gr.

Durée totale du travail, 11 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. II. — Opérateur : M. Mantel. 19 octobre 1888.

Ipare, 25 ans. A son entrée, dilatation comme 5 francs ; on n'essaie pas de faire la version par manœuvres externes parce que les contractions utérines sont très fréquentes.

A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes,

liquide amniotique normal ; on procède immédiatement à l'abaissement du pied.

Le siège en S.I.D. commence à s'engager, mais comme il est encore mobile, M. Mantel le refoule aisément dans la fosse iliaque droite, agit sur le creux poplité, et le pied tombe pour ainsi dire sur le dos de la main droite de l'opérateur qui l'amène à la vulve. L'expulsion spontanée suit de près l'abaissement du pied.

Enfant vivant, 2,750 gr. A sa sortie de l'hôpital, il pèse 2,800 gr.

Durée totale du travail, 16 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. III. — Opérateur : M. Mantel. 18 décembre 1888.

IIpare, 25 ans. 1er accouchement spontané à terme, enfant vivant. Rétrécissement du bassin. On provoque l'accouchement prématuré à 8 mois et demi, à l'aide du ballon de M. Champetier de Ribes. Rupture des membranes au moment de l'introduction du ballon.

Quand le ballon est expulsé, le siège mode des fesses est mobile au-dessus du détroit supérieur en S.I.D. Abaissement du pied antérieur. Extraction immédiate. Enfant né étonné, respire presque aussitôt. Poids, 3,050 gr.

Durée du travail, 4 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. IV. — Opérateur : M. X. 2 janvier 1889.

Ipare, 26 ans, en travail. Rupture prématurée des membranes avant le début du travail. Siège en S.I.D. non engagé. Abaissement prophylactique à la dilatation complète. Le fœtus est expulsé spontanément quelques minutes après l'intervention. Enfant né en état de mort apparente, ranimé rapidement, 3,230 gr.

Durée du travail, 19 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. V. — Opérateur : M. Wallich. 25 avril 1889.

VIIpare, 36 ans, en travail. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique vert. A ce moment, siège non engagé, S.I.D.A. Au bout de 2 h. 30 m., la partie fœtale étant à peine descendue, on abaisse le pied antérieur. Mais on doit s'y reprendre à deux fois à cause de la fréquence et de l'énergie des contractions utérines.

Expulsion spontanée du tronc du fœtus. Enfant vivant, 3,750 gr.
Durée totale du travail, 9 h. 30 m.
Suites de couches physiologiques.

OBS. VI. — Opérateur : M. WALLICH. 12 mars 1889.

Ipare, 25 ans, entre à la maternité de Lariboisière au 8e mois de grossesse, le fœtus se présentant par le siège mode des fesses en S. I. D.T., les fesses sont déjà engagées au détroit supérieur, les pieds sont perçus nettement au niveau de la tête du fœtus : pour ces motifs, on ne pratique pas la version par manœuvres externes.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique normal ; le siège est très engagé. Aussitôt après avoir rompu les membranes, M. Wallich procède à l'abaissement du pied.

Une légère pression sur la cuisse postérieure a suffi à déterminer la flexion de la jambe et la déflexion du membre inférieur. Expulsion spontanée immédiate. Enfant vivant, 3,170 gr.
Durée totale du travail, 7 h. 15 m.
Suites de couches physiologiques.

OBS. VII. — Opérateur : M. WALLICH. 7 juin 1889.

IIpare, 21 ans, entre en travail au terme de 8 mois et demi à la maternité de Lariboisière.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, immédiatement après, abaissement du pied antérieur, siège en S. I. D. Expulsion spontanée. Enfant vivant, 2,650 gr.
Durée totale du travail, 9 h. 10 m.
Suites de couches physiologiques. A sa sortie l'enfant pèse 2,720 gr.

OBS. VIII. — Opérateur : M. POTOCKI. 15 juillet 1890.

Ipare, 28 ans, entre en travail à la Clinique Baudelocque. Siège engagé à la dilatation comme 0,50 centimes.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Abaissement immédiat du pied antérieur. On est obligé de faire respirer du chloroforme à la parturiente qui présente une grande agitation. L'abaissement du pied a été facilité par des pressions exercées sur lui à travers la paroi abdominale. Expulsion du tronc abandonnée à elle-même.

Vagissement intra-utérin quelques instants après que le pied a été amené à la vulve. Enfant vivant, 2,950 gr.

Durée totale du travail, 29 heures.

Suites de couches physiologiques. L'enfant pèse à sa sortie 2,920 gr.

Obs. IX. — Opérateur : M. Potocki. 21 décembre 1890.

IIpare, 25 ans, entrée à la Clinique Baudelocque quelques jours avant l'accouchement : siège engagé, mode des fesses, D. A., non mobilisable, utérus constamment tendu, légère hydramnios. Echec de la version par manœuvre externe qui a été tentée à plusieurs reprises.

Rupture des membranes à la dilatation complète, puis abaissement prophylactique du pied antérieur, le siège étant très engagé. Extraction immédiate. Fœtus né en état de mort apparent, mais très vite ranimé, 3,870 gr.

Durée totale du travail, 14 h. 20 m.

Suites de couches physiologiques.

Obs. X. — Opérateur : M. Potocki. 3 janvier 1891.

Ipare, 25 ans, en travail; siège, mode des fesses en S.I.G.A. déjà très engagé. A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes, puis abaissement du pied antérieur; la manœuvre a été rendue assez difficile à cause de l'engagement très prononcé du siège. Extraction immédiate.

Durée totale du travail, 10 heures.

Enfant vivant, 2,420 gr., né étonné, mais rapidement ranimé par des frictions. Le 24e jour après la naissance, cet enfant présente un hématome du sterno-mastoïdien droit; à la sortie, il pèse 2,530 gr.

Pendant les suites de couches, la mère a eu de la lymphangite du sein, mais pas d'abcès.

Obs. XI. — Opérateur : M. Potocki, 1er avril 1891.

Ipare, 30 ans, entrée en travail à la Clinique Baudelocque. Le siège est au-dessus du détroit supérieur en S. I. D.

Les membranes ont été rompues artificiellement en ville au début du travail. Aussi le liquide amniotique est-il très fétide.

A la dilatation complète, on constate que le siège n'est pas engagé, qu'il y a procidence d'une main, et que la rotation s'est faite en arrière, la position étant devenue sacro-sacrée. On procède immédiatement à l'abaissement du pied, et on choisit le pied droit

qui était le pied antérieur. Manœuvre des plus faciles. Expulsion mmédiate du tronc, dégagement artificiel du bras postérieur et de la tête.

Enfant pesant 3,280 gr., né étonné, mais ranimé au bout d'une minute, à la suite de la désobstruction de ses voies aériennes.

Durée totale du travail, 50 h. 15 m.

Une seule élévation de température à 38°,2 le 3ᵉ jour. La mère et l'enfant quittent la clinique en bon état.

Obs. XII. — Opérateur : M. Potocki. 19 mai 1891.

Ipare, 26 ans. En travail depuis 67 heures. Membranes rompues au début du travail. Siège engagé assez profondément en G.T. Bruits du cœur du fœtus ralentis.

On procède immédiatement à l'abaissement curatif du pied antérieur. L'opération est assez difficile et on est obligé de fléchir la jambe en l'accrochant avec les doigts. On éprouve également de grandes difficultés pour l'extration du tronc et des épaules à cause de l'étroitesse du vagin et de la vulve.

Enfant né en état de mort apparente, mais ranimé assez vite, il pousse le premier cri au bout de 8 minutes. Poids, 2,730 gr.

Durée totale du travail, 67 heures.

Suites de couches physiologiques. A sa sortie, l'enfant pèse 2,730 gr.

Obs. XIII. — Opérateur : M. Varnier. 1er août 1891.

Ipare, 21 ans. Pendant la grossesse, on essaie en vain de pratiquer la version par manœuvres externes, siège légèrement engagé en S.I.G.A.

Début du travail le 1er août 1891. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique normal ; aussitôt, abaissement prophylactique du pied antérieur. Enfant vivant, 3,020 gr.

Durée totale du travail, 8 h. 45 m.

Suites de couches physiologiques. Poids de l'enfant à sa sortie, 2,990 gr.

Obs. XIV. — Opérateur : M. Potocki. 17 octobre 1891.

Ipare ?, entre en travail à la Clinique. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique normal. Siège amorcé en D.T. Abaissement prophylactique du pied antérieur ;

manœuvre très facile, le pied vient buter contre le dos de la main. Extraction immédiate, car les bruits du cœur deviennent irréguliers.

Enfant vivant, 2,820 gr. Le 7e jour on constate chez cet enfant, au niveau du plancher de la bouche, un gros abcès qui s'ouvre dans la journée.

Durée totale du travail, 10 heures.

Suites de couches physiologiques. Poids de l'enfant à sa sortie, 2,680 gr.

Obs. XV. — Opérateur : M. Potocki. 19 octobre 1891.

Ire ♀ Pendant la grossesse, on diagnostique une présentation du siège, mode des fesses, en S.I.D.A, déjà un peu engagée, mais on ne parvient pas à exécuter la version par manœuvres externes.

Rupture spontanée des membranes au début du travail. A la dilatation complète, le siège a tourné en sacro-pubienne, et son engagement est très prononcé, surtout au moment des efforts d'expulsion. On procède immédiatement à l'abaissement prophylactique du pied et on choisit le pied droit qui était le pied antérieur. Pour faciliter le mouvement d'abduction de la cuisse, on commence par ramener avec la main le siège en S.I.D.T. Cependant la cuisse ne s'écarte que difficilement de la ligne médiane, car le genou rencontre un anneau de contraction qui fait saillie dans la cavité utérine ; aussi la jambe s'abaisse-t-elle mal et, pour en faciliter la flexion, M. Potocki est-il obligé d'accrocher la partie supérieure de la jambe avec l'index et de la fléchir directement, ce qui réussit bien. Le cordon a été entraîné à la vulve en même temps que le pied, aussi doit-on extraire immédiatement le fœtus.

Enfant né étonné, mais crie bientôt, 3,270 gr. A sa sortie, il pèse 3,160 gr.

Durée totale du travail, 16 h. 40 m.

Pendant les suites de couches, la température atteint une fois 38°,2 le 5e jour.

Obs. XVI. — Opérateur : M. Potocki. 23 novembre 1890.

Ipare, 20 ans, enceinte de 8 mois. A son entrée, dilatation comme un franc, siège mode des fesses à peine amorcé en D.T. Rupture de membranes à la dilatation complète, à ce moment le siège est très engagé ; on décide d'abaisser le pied antérieur.

Pour exécuter la manœuvre de M. Pinard, on est obligé de donner du chloroforme à la femme qui est très agitée et pousse des cris. La flexion de la jambe est assez difficile à obtenir, car le siège étant en quelque sorte immobilisé dans l'excavation, la cuisse s'écarte mal de la ligne médiane. En conséquence, on agit sur le pied par la paroi abdominale et on abaisse ce pied jusqu'à ce que les doigts introduits dans l'utérus l'aient accroché. Extraction immédiate.

Enfant étonné, crie presque aussitôt, 2,460 gr. Il pèse à la sortie 2,680 gr.

Durée totale du travail, 17 heures.

Accidents fébriles du 5e au 10e jour des couches.

Obs. XVII. — Opérateur : M. Bouffe. 27 mai 1892.

Ipare, 20 ans. Quoique le siège, mode des fesses, en S.I.G.P, ne soit pas engagé, impossibilité d'effectuer la version par manœuvres externes pendant la grossesse, à cause de la tension permanente de l'utérus et de la très faible quantité de liquide amniotique.

La femme entre en travail le 27 mai 1892. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète ; immédiatement après, abaissement prophylactique du pied antérieur. Extraction. Enfant vivant, 2,800 gr.

Durée totale du travail, 15 h. 35 m.

Suites de couches physiologiques. Poids de l'enfant à la sortie, 2,880 gr.

Obs. XVIII. — Opérateur : M. Lepage. 7 juin 1892.

IIIpare, 31 ans. Pendant la grossesse, siège mode des fesses non engagé en S.I.G.T.

Pendant la période de dilatation, le siège n'étant pas engagé, on constate un procubitus du cordon et on introduit immédiatement un ballon de Champetier que l'on distend au maximum. Quand le ballon est expulsé, la dilatation est complète, on rompt les membranes, abaisse le pied antérieur et extrait le fœtus. Déchirure incomplète du périnée. Enfant vivant, 4,070 gr.

Durée totale du travail, 8 heures.

Suites de couches physiologiques. L'enfant pèse à la sortie 4,100 gr.

Obs. XIX. — Opérateur : M. Lepage. 29 juin 1892.

Ipare, 21 ans ; en travail à son entrée. Siège mode des fesses, en

S.I.G.T. Rupture prématurée spontanée au début du travail. Abaissement prophylactique du pied antérieur à la dilatation complète, l'engagement du siège étant effectué à ce moment. Extraction.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé par l'insufflation, Poids à la naissance, 2,820 gr., puis à la sortie, 2,950 gr.

Durée totale du travail, 14 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs, XX. — Opérateur : Mlle Roze. 24 octobre 1892.

Ipare, 24 ans, entre en travail à la Clinique. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique vert. Siège non engagé en S.I.D.T. Abaissement du pied antérieur, extraction immédiate facile. Enfant vivant, 3,550 gr.

Durée totale du travail, 11 h. 20 m.

Suites de couches physiologiques. Poids de l'enfant à la sortie, 3,730 gr.

Obs. XXI. — Opérateur : M. Lepage. 11 novembre 1892.

Ipare, 20 ans. En travail à son entrée à la Clinique. Siège non engagé en S.I.G.T. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, abaissement immédiat du pied antérieur. Enfant vivant, 2,310 gr.; il pèse à la sortie 2,670 gr.

Durée totale du travail, 10 h. 15 m.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXII. — Opérateur : Mlle Roze. 20 novembre 1892.

IIpare, 30 ans. Admise à la Clinique pendant la grossesse. Siège, mode des fesses, amorcé en S.I.G.T.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, puis abaissement du pied antérieur et extraction immédiate. Enfant vivant, 3,500 gr.

Durée totale du travail, 3 h. 15 m.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXIII. — Opérateur : M. le professeur Pinard. 2 décembre 1892.

Ipare, 27 ans. A son entrée à la Clinique, on trouve la dilatation complète, les membranes rompues, le siège engagé en S.I.G.A. Chloroforme. Abaissement curatif du pied antérieur et extraction im-

médiate rendue difficile à cause de la résistance des parties molles du vagin et du périnée.

Enfant, 3,500 gr., né en état de mort apparente, a été ranimé par l'insufflation et crie au bout de 25 minutes.

Durée totale du travail, 30 h. 30 m.

Suites de couches physiologiques.

OBS. XXIV. — Opérateur : M. BOUFFE. 7 décembre 1892.

IIIpare, 26 ans. Le travail débute peu après son admission à la Clinique. Siège non engagé en S.I.D.T. Rupture prématurée des membranes avant le début du travail Abaissement du pied antérieur dès la dilatation complète. Extraction immédiate, abaissement artificiel du bras antérieur relevé. Enfant vivant, 2,710 gr.

Durée totale du travail, 1 h. 45 m.

Suites de couches physiologiques.

OBS. XXV. — Opérateur : M. LEPAGE. 12 décembre 1892.

IIpare, 21 ans. Entre à la Clinique Baudelocque le 22 décembre à 9 heures du soir, peu après le début du travail. On constate que l'utérus est très volumineux, très tendu et la tension permanente rend le palper presque impossible. Enfant vivant. Dilatation comme 2 francs, poche des eaux constamment tendue ; au toucher, on arrive à peine sur une partie fœtale qu'il est impossible de caractériser.

Le lendemain, on rompt les membranes à la dilatation complète et on constate que le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses. La femme pousse énergiquement, on la met en travers du lit et, sans anesthésie préalable, M. Lepage introduit la main dans l'utérus et abaisse le pied droit. Pendant les préparatifs, le siège s'était déjà un peu engagé, et avait tourné en sacro-pubienne. Le pied est facilement saisi, mais on éprouve quelque peine pour faire basculer la cuisse, et on est obligé de reporter le pied très à gauche pour en rendre l'abaissement possible. Pendant toutes ces manœuvres, la main est à l'étroit dans les parties maternelles et il semble à l'opérateur qu'il y a un certain degré de rétrécissement du bassin.

La femme continue à pousser ; toutefois, comme le siège ne progresse pas, on se décide à abaisser le pied gauche qui est en arrière. Mais on essaie en vain de le dégager dans cette situation et, pour

y arriver, on est obligé de faire tourner le fœtus pour transformer le pied postérieur en pied antérieur.

Le siège dégagé, le fœtus paraît très volumineux, etc... M. le professeur Pinard porte le diagnostic d'hydrocéphalie, sectionne la colonne vertébrale, introduit dans le canal rachidien un long trocart qu'il pousse jusque dans le crâne et donne issue à 1,690 gr. de liquide céphalo-rachidien, la tête s'affaisse et sort facilement.

L'enfant pèse 4,330 gr. sans liquide céphalo-rachidien et mesure 62 centim. de longueur.

Suites de couches normales.

Obs. XXVI. — Opérateur : M. Bouffe. 13 décembre 1892.

Ipare, 22 ans, est en travail au moment de son admission à la Clinique. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète, liquide amniotique vert. A ce moment l'engagement est terminé, et le siège appuie déjà sur le périnée.

Intervention immédiate, abaissement du pied antérieur. La résistance exagérée du périnée rend très pénible l'extraction des épaules et de la tête. Enfant né en état de mort apparente, ranimé après aspiration de mucosités et de sang presque pur, contenus dans sa trachée.

Poids de l'enfant, 2,470 gr., poids à la sortie, 2,200 gr.

Durée totale du travail, 12 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXVII. — Opérateur : Mlle Roze. 25 décembre 1892.

Ipare, 21 ans, en travail au moment de son admission.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, siège non engagé en G.T., abaissement prophylactique du pied antérieur, extraction immédiate. Enfant, 3,300 gr., né étonné, mais est assez rapidement ranimé. Poids à la sortie, 3,210 gr.

Durée totale du travail, 20 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXVIII. — Opérateur : M. Lepage. 10 janvier 1893.

VIpare, 32 ans. Reçue pendant sa grossesse, on diagnostique une grossesse gémellaire.

Le 1er enfant est expulsé spontanément en occipito-sacrée. On rompt les membranes du second œuf, et le second fœtus s'engage aussitôt très profondément en siège, mode des fesses. Abaissement

prophylactique du pied antérieur et extraction immédiate. Enfant vivant, 2,790 gr., il pèse à la sortie, 2,640 gr.

Durée totale du travail, 7 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXIX. — Opérateur : M[lle] Roze. 4 février 1893.

Ipare, 24 ans. Admise pendant sa grossesse.

Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète, liquide amniotique normal. Siège engagé en S.I.D.T. Abaissement prophylactique du pied antérieur, rendu difficile par l'engagement du siège et par l'étroitesse exagérée de la vulve. Extraction immédiate. Dégagement artificiel du bras postérieur.

Enfant, 2,870 gr., né étonné, ranimé par des frictions et des bains sinapisés. A sa sortie, il pèse 3,120 gr.

Durée totale du travail, 9 heures.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXX. — Opérateur : M[lle] Roze. 13 février 1893.

Ipare, 32 ans. Admise pendant sa grossesse, pas d'engagement.

Rupture spontanée des membranes au début du travail, abaissement prophylactique du pied antérieur dès la dilatation complète. Extraction immédiate. L'extraction de la tête a été très difficile et a nécessité la manœuvre de M. Champetier de Ribes. Enfant né en état de mort apparente, ranimé par l'insufflation. Poids, 2,380 gr., poids à la sortie, 2,335 gr.

Durée totale du travail, 3 h. 35 m.

Suites des couches physiologiques.

Obs. XXXI. -- Opérateur : M[lle] Roze. 26 février 1893.

IIpare, 28 ans, en travail au moment de son admission à la Clinique.

Rupture spontanée des membranes à la dilatation comme une pièce de 5 francs. Quand la dilatation est complète, le siège repose presque sur le périnée en S.I.G A. Abaissement prophylactique du pied antérieur, expulsion spontanée presque immédiate. Enfant vivant, 2,850 gr ; il pèse à la sortie 2,730 gr.

Durée totale du travail, 7 h. 25 m.

Suites de couches physiologiques.

2° — Abaissement du pied postérieur a la dilatation complète.

Obs. XXXII. — Opérateur : M. Pinard. 25 novembre 1886.

Ipare, 29 ans, entre dans le cours du travail à la maternité de Lariboisière. Les membranes sont rompues et le liquide amniotique est coloré en vert par du méconium.

Peu de temps après la dilatation complète, on constate que les bruits du cœur deviennent irréguliers et M. Pinard se décide à abaisser un pied. Le siège en S.I.G. n'est pas engagé, car le bassin est rétréci. Abaissement curatif du pied postérieur. Extraction immédiate ; on est obligé de recourir à la manœuvre de M. Champetier de Ribes pour faire traverser à la tête le détroit supérieur rétréci.

L'enfant pesant 3,430 gr. est facilement ranimé ; il pèse à sa sortie 3,770 gr.

Durée totale du travail, 14 h. 30 m.

Suites de couches physiologiques.

Obs. XXXIII. — Opérateur : M. Wallich. 20 juin 1889.

Ipare, 38 ans, admise en travail à Lariboisière.

Rupture spontanée des membranes au début du travail, liquide amniotique coloré en vert par du méconium.

On n'intervient qu'après 5 heures de période d'expulsion. M. Wallich abaisse le pied postérieur, mais il n'y réussit qu'incomplètement et le pied en descendant entraîne le cordon ombilical. M. Champetier de Ribes procède à l'extraction du fœtus quelques minutes plus tard.

Enfant mort, 2,480 gr. ; il aurait succombé pendant les manœuvres d'abaissement du pied.

Durée totale du travail, 39 heures.

Une seule élévation de température le 3e jour des couches.

Obs. XXXIV. — Opérateur : M. Wallich. 26 mai 1891.

Ipare, 19 ans. Admise pendant sa grossesse à la Clinique.

Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète ; on intervient immédiatement dans un but prophylactique. Le siège est très engagé à ce moment, et de S.I.G.T. il s'est placé en G.P.

L'engagement est tel que l'opérateur ne peut introduire plus de quatre doigts dans le vagin, ni embrasser avec le pouce le bassin du

fœtus, aussi est-il presque sans espoir de voir réussir la manœuvre qu'il exécute de la façon suivante :

Le pouce gauche prend un point d'appui à l'extérieur sur la branche ischio-pubienne gauche, tandis que les quatre doigts appuient sur la cuisse postérieure, et, à la grande suprise de M. Wallich, la jambe se fléchit et le pied vient tomber sur le dos de sa main. On abaisse le pied à la vulve.

Expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 3,3130 gr.; il pèse à sa sortie 3,360 gr.

Durée totale du travail, 8 h. 45 m.

Suites de couches physiologiques.

OBS. XXXV. — Opérateur : M. WALLICH. 28 janvier 1892.

Ipare, 25 ans. Admise pendant le travail à la Clinique Baudelocque.

Rupture spontanée des membranes à une dilatation comme 5 francs. Abaissement prophylactique du pied à la dilatation complète, le siège étant très engagé en S.I.G.A.

M. Wallich n'essaie pas d'abaisser le pied antérieur, et tout de suite exécute la manœuvre sur le pied postérieur, mais il ne parvient qu'à fléchir un peu la jambe sur la cuisse sans pouvoir compléter cette flexion. Il attribue ces difficultés, moins à l'engagement très profond du siège par rapport au bassin qu'à l'engagement très prononcé par rapport à l'utérus, dont l'orifice est entraîné jusqu'à la vulve et se trouve à 4 ou 5 centim. au-dessus du point culminant du siège ; le pied semble retenu par l'orifice. Les contractions sont très fréquentes et il est impossible d'obtenir un abaissement plus marqué.

Après un quart d'heure de tentatives, on cesse d'appuyer sur le creux poplité et on abandonne l'expulsion du fœtus aux seuls efforts de la nature ; le tronc est en effet expulsé spontanément et on n'intervient que pour le dégagement des bras et de la tête. Enfant vivant, 3,060 gr.

Durée totale du travail, 14 h. 35 m.

Suites de couches physiologiques.

3° — ABAISSEMENT DU PIED AVANT LA DILATATION COMPLÈTE

OBS. XXXVI. — Opérateur : Mlle ROZE. 28 mars 1891.

Ipare, 28 ans, admise pendant sa grossesse.

Rupture prématurée des membranes, liquide amniotique normal.

Siège engagé en S.I.D.T, à la dilatation comme une paume de main A ce moment, et sans attendre que la dilatation soit complète, on procède à l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Mais le pied entraîne avec lui une anse de cordon, qu'il est impossible de rétropulser et comme l'orifice utérin n'est pas complètement dilaté, on doit renoncer à extraire le fœtus immédiatement Celui-ci est expulsé mort 2 heures plus tard ; il pèse 3,170 gr.

Durée totale du travail, 14 h. 35 m.

Suites de couches physiologiques.

Résumé des observations.

A. — Résultats généraux

L'abaissement du pied antérieur a été tenté 31 fois.

1 seule fois (obs. VI), on a échoué, mais on a pu abaisser le pied postérieur et extraire un enfant vivant.

1 fois (obs. XXV) l'enfant étant hydrocéphale, on dut le sacrifier en pratiquant l'opération de Van Huevel. Ce cas ne doit donc pas entrer dans le pourcentage de la mortalité.

Restent donc *29 abaissements du pied antérieur* à la dilatation complète, avec *29 enfants vivants* et sortis vivants de l'hôpital.

L'abaissement du pied postérieur a été tenté 5 fois :

1 fois (obs. VI) après échec dans l'abaissement du pied antérieur, et 4 fois d'emblée.

2 fois (obs. XXXIII et XXXV) la manœuvre échoua et il fut impossible de défléchir le membre postérieur.

4 enfants naquirent vivants et sortirent vivants de l'hôpital.

1 enfant fut extrait mort.

L'abaissement du pied postérieur à la dilatation complète est donc moins favorable que l'abaissement du pied antérieur.

Enfin, une fois, on abaissa le pied avant que la dilatation fût complète ; il y eut procidence du cordon, et l'enfant fut expulsé mort.

B. — Résultats considérés dans leurs rapports avec l'indication

1° *Abaissement prophylactique :*

28 tentatives d'abaissement avec 27 succès et 1 échec ; dans ce cas, le pied postérieur ne put être abaissé, mais l'enfant fut expulsé spontanément et vivant.

27 abaissements prophylactiques avec :

25 enfants vivants ;

1 enfant hydrocéphale (opération de Van Huevel) ;

1 enfant mort, mais on était intervenu avant que la dilatation fût complète.

En éliminant le fait relatif à l'hydrocéphale et l'intervention prématurée avant la dilatation complète, on trouve :

25 abaissements prophylactiques du pied, à la dilatation complète, avec 25 enfants vivants.

2° *Abaissement curatif :*

Il a été tenté 8 fois avec 7 succès et 1 échec ; dans ce cas, le pied postérieur ne put être abaissé, il y eut procidence du cordon et l'enfant fut extrait mort.

Restent 7 abaissements curatifs du pied à la dilatation complète avec 7 enfants vivants.

C. — Résultats relativement au poids des enfants

1 enfant	de 6,020 gr.	1 mort (hydrocéphale).		
1 —	4,100 —	1 vivant.		
6 enfants	de 4,000 à 3,500 gr.	6 vivants.		
5 —	3,500 à 3,250 —	5 —		
5 —	3,250 à 3,000 —	4 —	1 mort (intervention avant la dilatation complète).	
13 —	3,000 à 2,500 —	13 —		
5 —	2,500 à 2,000 —	4 —	1 mort (on n'a pu abaisser le pied postérieur).	

D. — Résultats relativement au degré d'engagement

1° *Siège non engagé :*

10 cas : 10 enfants vivants.

Poids des enfants : 4,100, 3,630, 3,550, 3,430, 3,310, 3,280. 3,250, 3,050, 2,710, 2,310.

2° *Siège commençant à s'engager :*

6 cas : 5 enfants vivants, 1 enfant mort (hydrocéphale).

Poids des enfants : 6,020 (hydrocéphale), 3,750, 3,500, 2,990, 2,750, 2,680.

3° *Siège engagé :*

5 cas : 4 enfants vivants, 1 enfant mort (pied abaissé avant la dilatation complète).

Poids des enfants : 3,500, 3,170 (enfant mort), 2,950, 2,950, 2,870.

4° *Siège très engagé :*

11 cas : 11 enfants vivants. (Dans un cas on ne put abaisser le pied postérieur, mais l'enfant fut expulsé spontanément et vivant.)

Poids des enfants : 3,870, 3,270, 3,170, 3,130, 3,060 (échec), 2,850, 2,790, 2,730, 2,680, 2,470, 2,420.

5° *Engagement inconnu :*

4 cas : 3 enfants vivants, 1 enfant mort (on n'a pu abaisser le pied postérieur).

Poids des enfants : 2,800, 2,650, 2,480 (échec), 2,380.

VI. — Recherches relatives aux dimensions du membre inférieur chez les nouveau-nés.

Nos mensurations ont été faites avec un compas métallique à glissière, tant sur des nouveau-nés vivants que sur des fœtus morts; mais il n'entre dans les tableaux que les mensurations prises sur les enfants vivants.

1° **Segment fémoral**. — Ce segment fémoral a été mesuré de la partie la plus éloignée du grand trochanter à la face antérieure de la rotule dans la flexion à angle droit de la cuisse sur le bassin.

Les dimensions du segment fémoral sont indiquées en regard du poids des enfants, dans le tableau suivant :

POIDS DES ENFANTS gram.	LONGUEUR DU SEGMENT TIBIAL centim.	POIDS DES ENFANTS gram.	LONGUEUR DU SEGMENT TIBIAL centim.
4,800	11,7	3,150	11
4,410	12	3,050	10,8
4,360	11,3	3,040	11
4,350	11,7	3,000	10,8
4,250	11,7	3,000	10,7
4,070	11,7	3,000	10,6
3,920	11,9	2,950	11
3,900	11,6	2,930	10,6
3,850	11,1	2,900	11,4
3,800	10,8	2,820	11,1
3,740	11,7	2,800	10,5
3,700	11,6	2,800	10,2
3,650	11,4	2,800	10,9
3,600	10,9	2,750	11,2
3,550	11,5	2,750	10,8
3,530	11	2,650	10,7
3,500	11	2,550	10,4
3,500	11,4	2,550	10,8
3,500	11,2	2,450	9,9
3,450	11,2	2,410	10,1
3,400	11,4	2,350	10
3,300	11	2,330	9,9
3,250	11,3	2,250	10,8
3,250	11,5	2,250	10
3,250	10,9	2,150	9,8
3,200	11,2		

RÉSUMÉ

POIDS DES ENFANTS gram.		gram.	NOMBRE DES MENSURATIONS	LONGUEUR MOYENNE DU SEGMENT FÉMORAL centim.
4,800	à	4,500	6	11,7
4,000	»	3,500	13	11,2
3,500	»	3,000	13	11
3,000	»	2,500	12	10,8
2,500	»	2,000	7	10,1

Si l'on voulait ne tenir compte que de la longueur du fémur, il faudrait de chacune de ces mesures retrancher 1 centim.

2° **Segment tibial.** — La mensuration a été prise pendant que la jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse et le pied à angle droit sur la jambe. Les deux branches parallèles du compas à glissière ont été appliquées, l'une, sous le talon, l'autre, à la partie inférieure de la face antérieure de la cuisse au niveau des condyles fémoraux, c'est-à-dire au point le plus éloigné du talon.

POIDS DES ENFANTS gram.	LONGUEUR DU SEGMENT TIBIAL centim.	POIDS DES ENFANTS gram.	LONGUEUR DU SEGMENT TIBIAL centim.
4,350	13,5	3,050	11,7
4,350	13,5	3,000	13
4,125	13,5	3,000	12,2
3,900	13,3	2,960	11,3
3,900	13	2,900	12,5
3,650	13,3	2.900	12,5
3,650	12,5	2,800	11,2
3,550	12,6	2,800	12,8
3,550	13	2,600	10,5
3,550	12,7	2,600	11,6
3,300	12,3	2,500	11
3,300	12,5	2,500	11,6
3,325	12	2,400	11,1
3,250	12,7	2,300	10,9
3,250	12,5	2,200	11,8
3,200	12,2	2,150	11
3,150	12	2,150	11,3
3,100	13		

RÉSUMÉ

POIDS DES ENFANTS gram.	gram.	NOMBRE DE MENSURATIONS	LONGUEUR MOYENNE DU SEGMENT TIBIAL centim.
4,500... à	4,000	3	13,5
4,000... »	3,500	7	12,9
3,500... »	3,000	11	12,4
3,000... »	2,500	9	11,6
2,500... »	2,000	5	11,2

En comparant ces dimensions à celles du segment fémoral, on voit que le segment fémoral est toujours plus petit que le segment tibial, mesurés l'un et l'autre comme nous l'avons fait, et que la différence varie avec le poids des enfants.

VII. — **Résumé.**

Il y a lieu de revenir à la pratique de l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège, mode des fesses.

L'abaissement prophylactique est destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre parfois pour extraire le siège, mode des fesses, qui fournit une prise défectueuse au forceps, fragile aux lacs, et si souvent inaccessible aux doigts pour les tractions inguinales. Grâce à la déflexion d'un membre inférieur, on pourra tirer avec force et sans danger si l'indication s'en présente.

En ayant recours au manuel opératoire préconisé par le professeur Pinard, on peut abaisser un pied quel que soit le degré d'engagement du siège. L'opération est plus difficile à exécuter quand le siège est très engagé, néanmoins elle peut être menée à bien même quand les fesses appuient déjà sur le périnée.

Jamais on n'interviendra pendant la période de dilatation; le temps d'élection est le moment qui suit la rupture des membranes à la dilatation complète. On abaissera de préférence le pied antérieur, et on facilitera, au besoin, l'abaissement de ce pied à l'aide de manœuvres externes.

Si la déflexion d'un membre inférieur a été pratiquée dans un but prophylactique, on abandonnera l'accouchement à lui-même, à moins d'indications contraires.

L'abaissement artificiel du pied peut encore être exécuté dans un but curatif; et, dans ce cas, la technique opératoire ne diffère pas de celle de l'abaissement prophylactique.

L'abaissement curatif du pied est une manœuvre simple, facile à exécuter, applicable à presque tous les cas, ne néces-

sitant aucune instrumentation particulière, aussi sera-t-elle préférée aux autres procédés d'extraction du siège mode des fesses.

REVUE CLINIQUE

HERMAPHRODISME. DOUBLE KYSTE DERMOIDE DES OVAIRES, DONT UN TRÈS VOLUMINEUX. KYSTE PARAOVARIQUE DU COTÉ DU GROS DERMOIDE. ABLATION. LIGATURE EN CHAINE DES PÉDICULES. GUÉRISON

Par le Dr **Léon Audain**

Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société anatomique de Paris (1).

L'opérée dont nous avons l'honneur de produire l'observation est une femme de forte constitution, âgée de 29 ans, à allures un peu

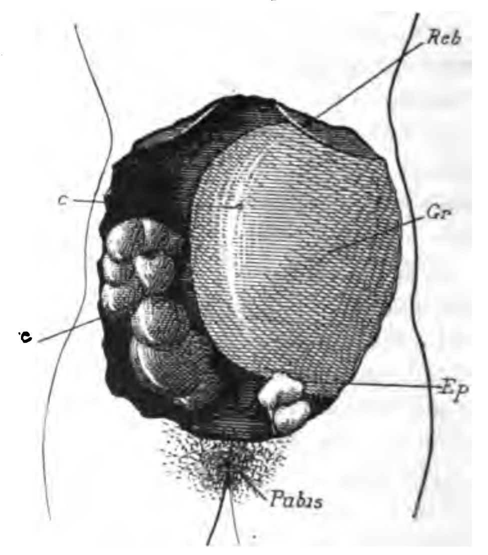


FIG. 1. — *Re. Rebord des fausses côtes.* — *Gr.* Tumeur rénitente. — *Ep.* Epine iliaque antéro-supérieure. — *c.* Ombilic. — *e.* Tumeur dure et bosselée.

masculines : fortes moustaches, barbe épaisse, poitrine, abdomen

(1) Communication à la *Société anatomique*, juillet 1898.

et cuisses couverts de longs poils; développement anormal du clitoris qui est de la longueur d'un doigt et qui a 3 centimètres de grosseur.

Il existait dans la cavité abdominale de cette malade trois kystes bien distincts : un kyste poraovarique et deux kystes dermoïdes.

Le kyste paraovarique ne présentait rien de bien particulier; aussi ne nous arrêterons-nous pas à sa description.

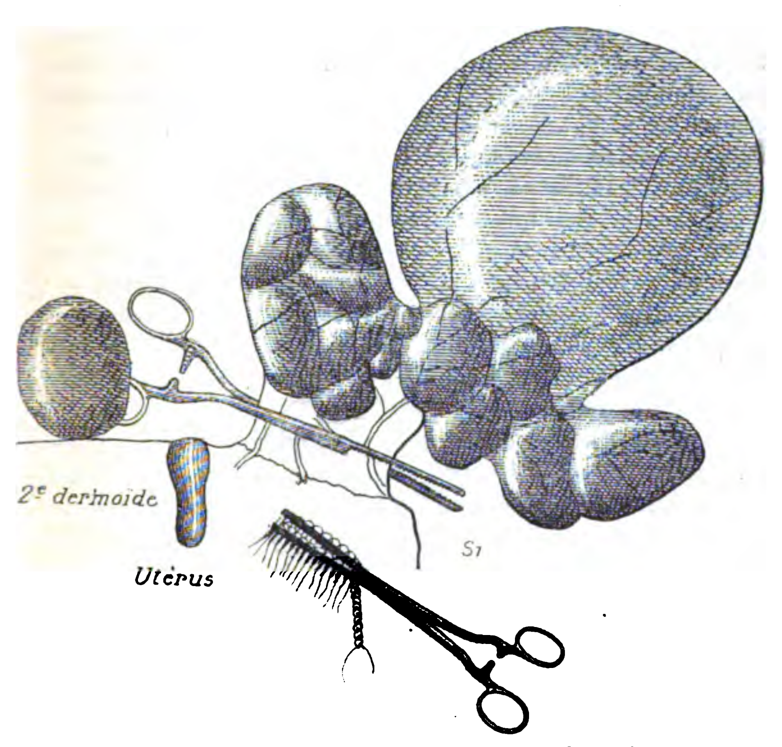


FIG. 2. — *Kyste dermoïde de l'ovaire.* — *Si.* Siège et pédicule du kyste paraovarique enlevé. Longueur du pédicule, environ 10 cent.

Des deux dermoïdes, l'un situé à droite, du volume d'un poing d'adolescent, a une coloration blanc nacré. Ses parois sont épaisses; il est dur et offre une surface lisse. Il contracte de nombreuses adhérences avec le péritoine pariétal. L'autre, très volumineux, présente deux parties bien nettes : une poche dont les parois ont les mêmes caractères que la poche du kyste précédent, et une partie solide.

La poche renferme environ 5 à 6 litres d'un liquide noir café, d'origine probablement hématique. Vaisseaux très développés de la paroi, petites ecchymoses, dépôts nombreux de pigment noir. La partie solide, de forme allongée transversalement, pèse 2,000 grammes. Elle offre des bosselures plus ou moins volumineuses, lesquelles correspondent à des divisions loculaires de la tumeur de la grosseur d'une noisette au volume des deux poings d'un adulte. De ces loges, les unes sont absolument remplies de paquets de cheveux libres ou adhérents fortement à la paroi du kyste, érigés à l'instar du cuir chevelu de notre malade (mulâtresse), de même coloration noire et longs de 1 à 15 centimètres. Les autres loges contiennent quelques cheveux et une grande quantité d'un liquide huileux dont la couleur rappelle celle du pus jaune ; certaines loges renferment une sorte de sebum rappelant le mastic ; d'autres un liquide colloïde clair ; d'autres enfin, un liquide séreux. Ces dernières semblaient indépendantes, par leur aspect, du véritable dermoïde et rappelaient les kystes des ovaires polykystiques.

Enfin, au milieu des cheveux, se trouvent des dents dont le nombre pourra être donné après examen plus complet. Ces dents, fortement implantées dans la paroi du kyste, font une saillie sensible du côté de la paroi externe.

Elles sont tantôt agglomérées, ne représentant qu'assez vaguement les types molaires (grosses et petites), canines ou incisives, tantôt en rangées, tantôt isolées. De ces dernières, une incisive rappelle absolument le type normal, bien qu'on ait prétendu qu'elles diffèrent toujours de ce type.

L'examen de toutes les loges que fera Pilliet, nous dira s'il existe des os, ongles, etc. Je n'ai pas voulu les ouvrir toutes, pour ne pas abîmer la pièce.

Ouverture de l'abdomen. Ablation du kyste paraovarique et du gros dermoïde, tous deux situés à gauche. Ligatures en chaîne des deux larges pédicules, suture de l'abdomen sans drainage.

Les résultats opératoires sont excellents : la réunion de la plaie abdominale s'est faite par première intention ; l'opérée n'a eu ni fièvre ni vomissements et elle se porte très bien.

Réflexions. — En présence de ce cas d'hermaphrodisme coïncidant avec un double dermoïde ovarien, peut-être est-il permis de se demander si l'évolution anormale et patholo-

gique des deux ovaires remontant à l'ère embryonnaire et supprimant pour ainsi dire dès le début le sexe de l'individu n'a pu être la cause de l'apparition de l'hermaphrodisme.

On serait donc en ce cas en droit, toutes les fois qu'on se trouve en face d'une hermaphrodite femme, de rechercher si les ovaires ne sont pas dermoïdes.

Examen histologique, par M. Pilliet, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié.

Ce qui caractérise surtout le kyste dermoïde, c'est le grand nombre de ses poches, toutes construites sur le même modèle. On sait que, dans un kyste dermoïde ordinaire, il n'existe en général qu'une poche principale, en un point de laquelle se trouve une papille portant des poils ou des dents, et reposant sur des lamelles osseuses de forme et de dimensions variables. Le kyste que nous examinons paraît constitué par une série de poches toutes construites sur ce modèle ; chacune étant remplie d'un liquide butyreux et de cheveux noirs et présentant en un point l'implantation de poils. Les papilles dentifères sont plus rares ; en dehors de celles signalées par M. Audain, on en retrouve pourtant quelques-unes dans l'épaisseur de la masse. Les dents les mieux développées ont toutes des caractères communs qui les rapprochent assez des petites molaires normales. La paroi des poches montre les glandes sébacées et sudoripares, les fibres lisses, que l'on trouve habituellement dans ces tumeurs ; un seul point nous paraît à signaler, c'est le suivant :

La poche principale présente à sa surface interne une coloration blanche, mais parsemée de taches inégales, d'une teinte bistre ou café au lait foncé. On constate d'autre part que certaines papilles des petites poches sont tout à fait brunes. Cette coloration est due à une pigmentation de la couche profonde des cellules du corps de Malpighi, tout à fait comparable à la pigmentation normale de la peau du nègre. Le sujet était mulâtre, comme on l'a vu dans l'observation. Cette pigmentation irrégulière nous a paru intéressante à signaler quoique fort difficile à expliquer.

Pour l'ensemble du kyste, nous pensons que ce n'est pas un seul kyste dermoïde, mais la fusion incomplète d'un grand nombre de kystes de même origine. En effet, l'origine

parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire a été soutenue par nombre d'observateurs, dont j'ai eu l'occasion d'exposer les opinions dans la *Revue de chirurgie* en 1886, en étendant leur théorie aux kystes mucoïdes eux-mêmes. Elle vient d'être soutenue à nouveau par M. Répin dans sa thèse. D'après cette théorie qui me paraît être la vraie, chaque poche présentant une papille ou un rudiment de squelette provient de la segmentation sans fécondation d'un ovule. Il faut donc admettre qu'il y a autant d'ovules anormaux que de poches; ce qui ne peut nous surprendre, puisque les kystes dermoïdes portent souvent à la fois sur les deux ovaires, et, l'observation même de M. Audain en est un exemple. Il s'agirait donc de monstruosités associées, et la variété tumeur qui nous occupe devrait recevoir le nom de kyste dermoïde multiple. Il est d'ailleurs évident qu'il existe un rapport entre la présence de ces kystes multiples ovariens et les autres malformations du système génital que présentait le sujet.

REVUE GÉNÉRALE

I. — LES HÉMORRHAGIES DANS L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Il nous a paru intéressant d'isoler une variété d'hémorrhagies de l'ovaire: l'hémorrhagie qui accompagne l'ovarite scléro-kystique dont elle n'est qu'une complication, et qui présente toujours ces deux caractères fondamentaux, assez précis pour qu'on ne puisse la méconnaître : *a*) Elle siège sur un ovaire malade scléro-kystique, et *b*) le sang est contenu dans la cavité d'un corps jaune. Ce sont, non pas des vésicules, mais les corps jaunes qui contiennent les poches sanguines volumineuses rencontrées si souvent par les chirurgiens.

Les hémorrhagies des corps jaunes n'ont pas beaucoup attiré l'attention ; Ch. Robin les mentionne en 1856 ; les distingue des

hémorrhagies vésiculaires par la présence de la membrane interne, jaunâtre, plus ou moins festonnée; quelquefois déplissée par l'abondance du sang, membrane composée des cellules d'un corps jaune, ou de l'oariule. Doléris et Petit ont décrit, il y a quelques années (*Nouv. Arch. d'obstétrique,* 1888), des kystes sanguins de l'ovaire développés aux dépens des corps jaunes. Rollin dit, dans sa thèse, que « les corps jaunes, eux aussi, peuvent être le siège d'épanchements sanguins. Ces cas ne sont peut-être pas rares non plus, quoiqu'on en trouve peu d'observations probantes. Cette variété ne semble pas mériter grande importance au point de vue chirurgical ». Nous allons voir qu'il n'en est rien.

Pour bien expliquer la constitution histologique de ces hémorrhagies, il nous faut rappeler brièvement les lésions de l'ovaire scléro-kystique.

Ces lésions portent à la fois sur le stroma et sur les follicules. Le stroma est sclérosé, surtout en deux points, dans le centre de l'ovaire, où les artères et les veines sont englobées dans le processus de sclérose, et sous l'albuginée. Les follicules présentent des états différents, suivant qu'elles contiennent encore un ovule ou que l'ovule est expulsé. Dans le premier cas, les vésicules de de Graaf non développées s'atrophient en grand nombre, celles qui sont déjà mûres ne peuvent rompre le tissu de sclérose qui les enserre et qui forme à la surface de l'ovaire une coque blanche et dure, c'est pourquoi les cicatrices sont rares à la surface des ovaires scléro-kystiques. Elles continuent donc à se distendre, formant les petits kystes qui parsèment l'ovaire et lui donnent dans cette affection une physionomie si spéciale.

Les follicules déjà ouverts, les corps jaunes forment le second groupe atteint par les lésions scléro-kystiques, et celui qui, dans le cas présent, nous intéresse le plus. L'hémorrhagie qui suit la ponte ovulaire, et dont l'existence est démontrée par les travaux de Bischoff, de Robin et d'un grand nombre d'accoucheurs, est très faible à l'état normal, et se trouve bien vite résorbée par la formation du corps jaune. La paroi interne du follicule vidé bourgeonne alors et se couvre de saillies papilliformes qui se rejoignent et se soudent au cendre de la cavité, où elles forment un tissu aréolaire, très friable, d'aspect myxœdémateux, comme l'a montré Slavjanski. En même temps, les cellules conjonctives qui chargent ces papilles se multiplient, se chargent de débris d'hémoglobine,

deviennent très volumineuses, épithélioïdes et forment plusieurs amas d'éléments qui suivent le contour des bourgeons de la paroi végétante, constituant aussi une membrane, de couleur jaune d'aspect festonné. Peu à peu, l'hémoglobine à l'état de méthémoglobine contenue dans ces cellules est transformée et reprise par un réseau vasculaire très riche dont nous n'avons pas encore parlé et qui double extérieurement la membrane jaune. Celle-ci se décolore donc progressivement, et s'amincit en même temps. Le tissu muqueux de la cavité s'édifie parallèlement en tissu fibreux, en sorte qu'au bout d'un certain temps, il ne reste plus du corps jaune qu'un petit bloc fibroïde, irrégulier, que contournent souvent encore quelques traînées de cellules pigmentées.

Ces données nous étaient indispensables pour la compréhension des hémorrhagies de l'ovaire scléro-kystique. En effet, dans ce cas les choses se passent d'une manière tout à fait différente. La résorption du corps jaune est incomplète, et il devient kystique, non pas par sécrétion cellulaire, comme le follicule complet, mais par hémorrhagie. Les vaisseaux de nouvelle formation et destinés à se résorber qui remplissent les bourgeons que nous avons notés dans la paroi, fournissent à des hémorrhagies qui se produisent probablement au moment des règles ou des poussées congestives dépendant de la fatigue des excitations génitales, dont les annexes malades sont si souvent le siège. Ces hémorrhagies sont tellement constantes qu'on les retrouve à peu près toujours dans les ovaires scléro-kystiques, quand l'affection n'est pas très ancienne et que la ponte ovulaire a pu se produire. Il est clair, en effet, que dans les ovaires tout à fait carapacés de sclérose, blindés d'une albuginée d'aspect cartilaginiforme, la production des corps jaunes et, par suite, des hémorrhagies dans leur intérieur devient très rare. Mais le fait capital, et sur lequel M. Tillaux insiste à sa clinique quand il se présente une salpingectomie, c'est qu'il est rare d'inciser un ovaire scléro-kystique sans y trouver un corps jaune hémorrhagique.

Sur les coupes des petits kystes on trouve la structure connue des corps jaunes. Au centre, le tissu conjonctif lâche, parsemé de capillaires, se distingue plus ou moins bien, suivant l'abondance de l'hémorrhagie. Ses fibres sont tassées contre la paroi interne de la couche des cellules de l'oariule, disposées elles-mêmes en assises épaisses dont l'aspect rappelle un peu celui de l'épithélium

vésical, et surtout celui de la caduque utérine. Au pourtour on rencontre les lésions de l'ovaire scléro-kystique : épaississement énorme des vaisseaux, traînées fibreuses allant de la substance médullaire à l'albuginée, follicules kystiques, corps jaune fibreux très volumineux contenant souvent eux-mêmes de petites hémorrhagies à leur centre.

Sur les grands kystes on observe une lésion différente, c'est le décollement de la membrane du corps jaune. Cette membrane est rarement tout à fait déplissée, elle dessine des festons, forme des cryptes, même quand la poche est très étendue. Or, on rencontre souvent une distension extrêmement marquée des vaisseaux qui la doublent. Ce réseau, dont nous avons mentionné plus haut l'existence, ne forme souvent plus qu'une nappe sanguine composée de capillaires extrêmement dilatés, venus au contact les uns des autres, et même d'infiltrations sanguines à même le tissu ovarien. Il s'ensuit que sur beaucoup de points la membrane formée par les cellules de l'oarizule flotte entre deux épanchements de sang. Elle est alors très facile à voir lorsqu'on incise le foyer, et très reconnaissable à sa couleur de rouille qui en fait une sorte de lamina fusca.

Ainsi l'hémorrhagie de l'ovaire est souvent liée à l'ovarite scléro-kystique. Tant que les kystes restent petits, la complication n'existe que pour l'anatomo-pathologiste. Mais quand ils atteignent un certain volume, ils deviennent perceptibles pour le clinicien. Nous avons rapporté (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 442) l'observation d'un kyste hématique du volume d'un œuf de poule, enlevé par M. le professeur Tillaux et qui rentrait dans le type dont nous traçons l'esquisse. Ils présentent alors à l'œil nu des caractères assez particuliers, et des lésions de voisinage fort importantes. La poche hématique peut être du volume d'un œuf, d'une orange, ou même d'une tête d'adulte ; la trompe et l'ovaire sont souvent réunis, adhérents, soudés par des néo-membranes, la trompe présentant des lésions manifestes de salpingite. Les membranes s'étendent jusqu'au pelvis et soudent plus ou moins intimement l'ovaire aux parois du bassin. Il en résulte que, lorsqu'on essaie d'extraire l'ovaire, la poche hématique se rompt très souvent. Rollin a vu le fait quatre fois. Cet incident s'est également produit dans l'opération de M. Tillaux dont nous avons parlé. Il est une conséquence forcée du mode de production du kyste. Il s'écoule alors du sang

noirâtre, analogue à du goudron, rarement on rencontre des caillots fibrineux.

Si l'on rattache, comme nous tentons de le faire, ces kystes à une oophoro-salpingite, l'existence de ces adhérences constantes quand les kystes sont volumineux ne peut plus surprendre, non plus que les antécédents d'endométrite et de salpingite que présentent les malades. Tout cela forme un tout qui se tient logiquement, et l'on retrouve très nette la filiation des faits dans des observations qui n'ont pas été prises à ce point de vue.

Nous constatons donc deux variétés cliniques de kystes des corps jaunes. Dans la première, c'est l'oophoro-salpingite qui domine, le kyste n'est constaté qu'à l'ablation de la pièce. Dans la seconde, le kyste est très développé, c'est lui qui forme tumeur, lui que l'on constate et que l'on enlève, et l'ovarite, la salpingite, la péritonite adhésive sont reléguées au second plan. Elles n'en existent pas moins et il faut rechercher leur présence si l'on tient à se rendre compte de l'évolution des lésions.

Il est une troisième variété plus rare, celle qui s'accompagne d'hématocèle par suite de la rupture de la poche sanguine. On sait que dans l'hématocèle le sang peut provenir de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire. Laissant de côté les hémorrhagies provenant de l'utérus, qui sont des raretés, on constate que le plus souvent l'origine de l'hématocèle est dans la trompe, et dans une trompe contenant un kyste fœtal. A côté de ces faits, il existe des observations incontestables d'hémorrhagies intra-péritonéales provenant de l'ovaire. Elles doivent être peu fréquentes, car si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle, peu étendue il est vrai, nous avons eu à observer en trois ans au moins douze cas d'hémato-salpingite liée à une grossesse tubaire, mais nous n'avons pas rencontré de rupture de l'ovaire. C'est donc d'après les observations des auteurs que nous décrirons cette troisième étape des kystes sanguins de l'ovarite.

C'est Nélaton qui, en 1851, formula la théorie de la rupture des kystes sanguins de l'ovaire pour expliquer l'hématocèle rétro-utérine. Puech, s'inspirant des travaux histologiques de Ch. Robin; Denonvillers, Lenoir, Laugier, etc., apportèrent des faits à l'appui de cette théorie. En dépouillant leurs observations, qui sont réunies pour la plupart dans la thèse de Raguet (1), il est facile d'en rencontrer un certain nombre dans lequel l'état des annexes est noté :

(1) A. RAGUET. *Pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse Paris, 1870.

et on les trouve alors malades ou reliées par des adhérences. L'observation de Denonvilliers, recueillie par Luton, concerne une femme de 27 ans, ayant eu un enfant, souffrant depuis deux ans de pertes sanguines et de douleurs de reins et venant se faire soigner pour une ulcération du col (nous dirions maintenant une déchirure). Cette femme étant morte subitement, on trouva sur l'ovaire droit une petite déchirure à travers laquelle faisait saillie un gros caillot sanguin. Il existait un épanchement d'environ un litre dans la cavité abdominale. Les trompes étaient épaissies et fixées par des adhérences. Une observation de Puech concerne un cas d'hématocèle par rupture de l'ovaire droit. La trompe était accolée et adhérente à l'ovaire, le pavillon oblitéré. Une autre de Carenne (1864) concerne une femme de 27 ans, chez laquelle l'autopsie montra l'existence d'une déchirure d'un kyste sanguin de l'ovaire droit, avec épanchement intra-abdominal d'un litre environ. La trompe droite est adhérente à l'ovaire, la gauche a son pavillon oblitéré. Ces observations démontrent suffisamment l'existence d'une salpingite antérieure à l'affection de l'ovaire. Mais elles concernent toutes des cas d'autopsie, et les auteurs attribuent l'origine des kystes hématiques à l'inondation sanguine d'une vésicule. Nous pensons au contraire que l'examen histologique leur aurait montré les membres d'un corps jaune dans la paroi du kyste et le tissu ovarien sclérosé dans la coque.

Le résumé de cette étude sera bref. Il existe une variété de kystes hématiques de l'ovaire qui est liée à l'ovarite scléro-kystique, dont elle n'est qu'une complication. Elle paraît très fréquente. Tantôt les kystes sont petits, tantôt ils s'accroissent et forment des tumeurs perceptibles cliniquement. Ces poches sont, le plus souvent, entourées d'adhérences qui s'expliquent par la pathogénie même des kystes. Enfin, les kystes hématiques qui se rompent et donnent lieu à la formation d'une variété rare d'hématocèle rétro-utérine appartiennent probablement, du moins pour un certain nombre d'entre eux, à cette variété.

Cette complication possible rend formelle l'indication opératoire qui, d'ailleurs, n'est pas douteuse ; il faut enlever ces tumeurs ; et on le peut d'autant mieux faire que les lésions concomitantes de la trompe et de l'ovaire rendent la plupart du temps les annexes ainsi lésées tout à fait inutiles au point de vue physiologique.

A.-H. PILLIET.

II. — DES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET FŒTALE DANS LA SYMPHYSÉOTOMIE.

A PROPOS D'UNE STATISTIQUE RÉCENTE DE M. NEUGEBAUER

Le Dr F. L. Neugebauer, de Varsovie, vient de faire paraître à Leipzig la première partie d'une revue générale intitulée :

Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel.

Cette première partie (313 pages in-8o) comprend « l'histoire de la symphyséotomie et la statistique de 437 opérations pratiquées depuis 1777 jusqu'à la fin de juin 1893 ».

Je n'insisterai pas sur l'historique très rapide que donne l'auteur du mouvement symphyséotomiste ; il est fait souvent de seconde main et par suite inexact en plus d'un point.

Mais on lira avec intérêt les 76 pages qui s'y trouvent intercalées et qui renferment, réunies en tableaux, les trois statistiques aujourd'hui classiques de Morisani : de 1776 à 1858-60, de 1866 à 1880, de 1881 à 1886, statistiques dont M. Neugebauer a complété la première d'après les documents de la thèse de Desforges, élève de Pinard et du mémoire d'Harris. Il n'en tire d'ailleurs que des chiffres bruts de mortalité.

La partie de beaucoup la plus importante de ce travail est celle qui va de la page 114 à la fin.

M. Neugebauer — en s'aidant des statistiques antérieures de Spinelli, de Caruso, de Morisani et de la mienne qui ajoutait aux précédentes 82 observations nouvelles, et en les complétant par l'analyse des cas publiés depuis avril dernier — a dressé un relevé de 214 opérations pour la période allant de 1887 à la fin de juin 1893. Nos lecteurs se souviennent que, dans le numéro d'avril des *Annales de Gynécologie*, j'ai publié sous ce titre « Le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893 », la statistique de 124 observations.

J'avais conscience d'avoir mis le plus grand soin à ce que ce travail renfermât tous les cas publiés à l'époque où il parut. Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise que j'ai lu, en juin, dans plusieurs compte rendus du congrès de Breslau que, d'après M. Winckel, ma statistique était très incomplète et que le Dr Neugebauer allait sous peu en publier une qui renverserait mes conclusions.

J'ai attendu patiemment, pour relever cette affirmation en l'air, la publication du mémoire annoncé (qui vient de paraître *fin septembre*) ; voici ce que nos lecteurs y pourront constater.

Pour la période dont je m'étais occupé (de 1887 au 31 mars 1893), le Dr Neugebauer compte à ce jour 178 cas au lieu de 124, soit 54 observations de plus que dans mon relevé.

Mais sur ces 54 cas, il faut en retrancher 5 qui sont ses 1er, 36e, 102e, 115e et 205e. Voici pourquoi :

L'observation 1 du tableau de Neugebauer est ainsi conçue :

« Novi, 8 janvier 1887, 27 ans, femme rachitique, 6 heures après le début du travail ; conjugué vrai, 81 millim. ; sommet ; après l'opération forceps. Mère et enfant sauvés. Fistule uréthro-vaginale opérée plus tard. »

M. Neugebauer ne s'est pas aperçu que, quelques pages plus haut (p. 96), la même opération est analysée par lui comme datant du 8 janvier 1886 et clôturant la 3e statistique de Morisani (1).

L'observation 36 est suspecte ; l'auteur ne la cite que d'après une indication sommaire de Harris. Ce serait une observation italienne ; or on n'en trouve pas trace dans la statistique de Morisani postérieure à celle d'Harris.

L'observation 102 est de M. Fochier, qui *n'a pas fait la symphyséotomie*. Il n'a incisé que la peau, puis s'est arrêté, n'ayant pas de scie sous la main et a terminé l'accouchement par une basiotripsie (2).

L'observation 115 ainsi libellée : Cruzzi. *Symphyséotomie* (Tip. degli operai, Milan, 1892, et analysée d'après le *Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 5, 25 mai 1893, p. 217, fait double emploi avec l'observation de *Truzzi* déjà analysée sous le n° 45 (p. 121) par M. Neugebauer.

Enfin, l'observation 205 est l'ischio-pubiotomie de Pinard.

C'est donc 49 cas seulement à ajouter à mes 124.

Or de ces 49 cas *un seul* était publié à l'époque où a paru mon mémoire et m'avait échappé. C'est un cas italien, celui de Sangregorio (3). (La mère et l'enfant ont été sauvés.) Les 48 autres ont

---

(1) « Novi, 8 janvier 1886 ; 6 heures après le début du travail ; bassin de 81 m/m ; sommet ; mère et enfant sauvés. Fistule uréthro-vaginale opérée plus tard. » (P. 96 et 97, observation 18.)

(2) Voyez *Ann. de Gynécol.*, avril 1893, p. 357.

(3) *Annali di Ostetricia*, janvier 1893, p. 69.

été, soit publiés depuis avril 1893, soit, au nombre de 14, communiqués par lettre à M. Neugebauer.

Je souhaite donc que toutes les statistiques de M. Winckel soient aussi peu incomplètes que la mienne.

Voilà pour le premier point. Reste à savoir si les cas ***publiés depuis avril dernier*** viennent à l'encontre de mes conclusions.

Aux 49 observations dont je viens de parler, il faut, d'après M. Neugebauer, en ajouter 36 pour la période allant du 31 mars 1893 à la fin de juin (l'auteur ne peut fournir il est vrai de détails sérieux que sur 19. Ces 85 cas nouveaux donnent :

MÈRES (1)		ENFANTS (2)	
Guéries.......	70	Vivants........	68
Mortes..	15	Morts..........	12

Les morts maternelles doivent être à notre avis ainsi classées :

a) Femmes mortes de complications n'ayant rien à voir avec l'opération : 3 ;

b) Femmes mortes d'infection contractée avant ou pendant l'opération : 11 ;

c) Femme morte d'hémorrhagie : 1.

Ce dernier décès est à ajouter à l'observation de Tellier (3) ; cela porterait donc à *2 sur 191* la mortalité du fait de la symphyséotomie *antiseptiquement pratiquée sur des femmes non infectées*.

Voici, d'après le relevé de Neugebauer, quelques détails sur ces 15 nouveaux décès.

a) *Femmes mortes de complications n'ayant rien à voir avec l'opération : 3.*

Observation 1. — Olshausen (Berlin) : 16 août 1892. — Primipare de 24 ans, albuminurique. Bassin généralement rétréci. Promonto-sous-pubien 102 millim., en travail depuis 2 jours. Éclamptique, 6 accès pendant le travail. Forceps infructueux. Symphyséotomie. Extraction d'un enfant en état de mort apparente, mort le lendemain (ni poids, ni diamètres). La mère mourut le lendemain dans le coma éclamptique. A l'autopsie, rien

(1) Neugebauer avait mis hors cadre les observations de Pruvost (de Raismes), de Vallin (de Lille), de Pasquali (de Rome), faute de renseignements ; je les joins aux autres d'après ce que j'en sais.

(2) Dans 5 cas le résultat pour l'enfant n'est pas connu.

(3) *Ann. de Gynécol.*, avril 1893.

autre chose que des reins malades. (Communication écrite.)

OBSERVATION 2. — LÉOPOLD (Dresde) (sa 4e opération) : 15 février 1893. — Secondipare. Conjugué vrai, 60 millim. Mère et enfant sauvés. Guérison. Mais dans la 4e semaine, la mère meurt subitement d'une embolie de l'artère pulmonaire. (Communication écrite.)

OBSERVATION 3. — KASCHKAROFF (Jaroslaw) (sa 2e opération) : 29 mars 1893. — Primipare de 30 ans. Conjugué vrai, 87 millim. Apportée le 29 mars longtemps après la rupture des membranes, ayant des accès éclamptiques depuis 13 heures, et 39°,5 de température. Pouls, 100. Ascite et anasarque. Symphyséotomie et extraction par le forceps d'un enfant vivant qui ne tarda pas à mourir de convulsions. Mort de la mère le 10e jour par néphrite parenchymateuse. La plaie fut trouvée saine. (*Centralbl. f. Gynäk.*, 13 mai 1893, p. 448 et suiv.)

b) Femmes mortes d'infection contractée avant ou pendant l'opération : 11.

OBSERVATION 4. — G. M. KREIDER (de Springfield, Illinois) : 1er mars 1893. — 26 ans. Primipare. Bassin rétréci. Grosse tête. Conjugué vrai, 75 millim. Durée du travail, 16 heures. Sommet. Extraction par le forceps. La mère mourut 12 jours après l'opération d'une péritonite indépendante de l'opération. Enfant mort-né de 4,000 gr. (Communication écrite.)

OBSERVATION 5. — WERTHEIM (Clinique de Schauta) : 15 mars 1893. — IVpare de 26 ans. Conjugué vrai, 80 millim. Liquide amniotique putride. Plusieurs tentatives d'extraction par le forceps en ville. Extraction par le forceps après symphyséotomie, d'un enfant vivant de 3,000 gr. Suture osseuse et drainage. Femme morte le 11e jour de septicémie. Endométrite. Phlébite purulente des veines utéro-ovariennes droites. Symphyse non réunie, suppuration ; symphyses sacro-iliaques intactes, sans épanchement sanguin. Wertheim pense que, quelle qu'eût été la conduite tenue, la femme, infectée avant son entrée, aurait succombé à la septicémie. (*Centralbl. f. Gynäk.*, n° 26, p. 617, 1893.)

OBSERVATION 6. — CHROBAK (Vienne) (sa 3e operation) : 20 mars 1893. — Primipare de 26 ans. Promonto-sous-pubien, 10. En travail *depuis 4 jours*. Forceps infructueux. Symphyséotomie ; forceps. Déchirure transversale entre le clitoris et l'urèthre. Déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Enfant de 3,700 gr.

Bipar. 9 3/4. Mort le lendemain d'hémorrhagie méningée. Mère. morte 3 heures 1/2 après l'opération.

L'auteur attribue la mort à la perte sanguine due aux déchirures ci-dessus signalées.

Mais l'Institut anatomo-pathologique de Vienne donne comme conclusion de l'autopsie : Endométrite purulente. Symphyseotomia cum ruptura urethræ, vaginæ, cervicis uteri. Diastasis utriusque articulationis sacro-iliacæ. Septicæmia. Anæmia levior. grad. *(Centralbl f. Gyn.*, n° 28, 1893.)

Observation 7. — E. P. Davis (de Philadelphie) : 8 mars 1893. — IVpare de 30 ans. Bassin plat rachitique. Conjugué vrai, 85 millim. 20 heures de travail. Symphyséotomie, forceps. Enfant vivant. Mère morte le 4e jour de pneumonie non septique (d'après Harris).

Observation 8. — Frank (de Cologne) : 8 avril 1893. — XIpare de 41 ans. Plusieurs fois perforation et accouchement provoqué. En dernier lieu, opération césarienne. Bronchite chronique. Dilatation du cœur. Bassin plat rachitique de 80 millim. Éventration. Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant.

Mort de la mère le 22e jour, de pneumonie double hypostatique. Suites de couches normales pendant 12 jours. A partir du 13e, fièvre et septicémie. La plaie s'est rouverte. (Communication écrite.)

Observation 9. — Ekstein (de Teplitz) : 9 avril 1893. — Secondipare de 41 ans. Bassin plat généralement rétréci de 85 millim. Symphyséotomie le 4e jour et forceps après incision du col. Enfant vivant. Morte le 11e jour avec 39 de température de « dégénérescence cardiaque par épuissement et chloroforme ». *(Centralbl. f. Gynäk.*, n° 19, 1893.)

Observation 10. — Pinard. C'est l'observation publiée dans le n° de juin de ces Annales.

Observation 11. — R. V. Braun (sa 3e opération) : 5 avril 1893. — Secondipare de 28 ans. Examinée à plusieurs reprises avant son entrée à la Maternité. Bassin plat rachitique généralement rétréci. Promonto-sous-pubien 9 3/4. Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant. Morte le 5e jour. Phlegmon du tissu cellulaire du bassin et de la paroi abdominale antérieure. Ulcus ventriculi rotundum acutum perforatum. Rien aux articulations sacro-iliaques.

Observation 12. — R. V. Braun (sa 4e opération) : 6 avril 1893. — Primipare de 30 ans. Bassin plat rachitique de 60 millim. En travail depuis 48 heures. Poche rompue ; nombreux examens en

ville sans précautions antiseptiques. Rupture utérine imminente. Symphyséotomie ; forceps. Enfant vivant, 2,900. Morte le 37e jour de pyosepticémie et marasme. Abcès métastatique sous-pleural. Rien aux articulations sacro-iliaques.

OBSERVATION 13. — R. V. BRAUN (sa 5e opération) : 3 mai 1893. — VIpare de 40 ans. Bassin plat rachitique généralement rétréci. Conjugué vrai, 67. Touchée à plusieurs reprises avant son entrée à la Maternité. Symphyséotomie et version. Enfant vivant. Morte le 29e jour d'anémie, marasme, phlegmon ichoreux du tissu cellulaire pelvien. Bronchite purulente. (*Communication écrite.*)

OBSERVATION 14. — BROOMALL (de Philadelphie) : sa 3e opération, 26 juin 1893. — XIIpare de 42 ans, en travail depuis 3 jours. Symphyséotomie, forceps. Enfant vivant. Morte le 12e jour de septicémie. A l'autopsie, mêmes lésions que dans l'observation de Pinard.

Arrivons à la 3e catégorie :

c) *Femme morte d'hémorrhagie : 1.*

S'il faut en croire quelques affirmations récentes qui nous paraissent un peu hasardées, certaines des nombreuses *artérioles* qui se répandent sur la face postérieure des pubis pour y former un réseau anastomotique, *doivent* augmenter de volume dans les derniers mois de la grossesse par un processus en rapport avec les modifications dont la symphyse est alors le siège, et *peuvent acquérir le calibre de l'artère radiale.*

De là, dit-on, des hémorrhagies redoutables, hémorrhagies artérielles incoercibles par le tamponnement, presque impossibles à arrêter, par ligature, et qui devraient être considérées comme un des gros écueils de la section pubienne.

Voyons donc si l'unique cas de mort par hémorrhagie que M. Neugebauer a relevé dans sa statistique vient à l'appui de ces affirmations.

Il s'agit d'une observation de Treub, de Leyden (Over Symphyseotomie ; Overgedrukt uit het verslag der Vergadering von 24 décembre 1892, der Nederlandsche Gyn. Vereeniging. Nederl. Tijdschr. voor Verloskunde 1893) ainsi analysée par Neugebauer :

« TREUB (Leyden), 30 novembre 1892 : 25 ans. — Secondipare (1er accouchement, perforation). Bassin aplati généralement rétréci ; conjugué vrai estimé 82 millim (à l'autopsie 79 millim.) Crêtes, 27,5.

Épines, 24,25. Détroit inférieur, 9,25 de diamètre transverse et 10,75 de sous-sacro-sous-pubien. La ligne innominée peut être suivie dans toute sa longueur, promontoire double.

« Sous la narcose la tête ne se laisse pas engager dans le bassin. C'est pourquoi Treub se décida à attendre le terme et à pratiquer la symphyséotomie.

« Début du travail le 30 novembre au soir, la tête étant mobile à droite de l'entrée du bassin. A 11 heures du soir, l'orifice étant ouvert, opération d'après le manuel de Pinard, la femme étant dans la position de la taille. Incision jusqu'au-dessus du clitoris et déviant à gauche. Après l'incision, forte hémorrhagie veineuse parenchymateuse, lorsque le doigt est introduit derrière la symphyse.

« Comme le doigt ne put être introduit complètement derrière la symphyse, Treub détacha partiellement le ligament arqué du bord inférieur et essaya de contourner la symphyse par en bas avec le doigt. Il n'y put réussir complètement et comme, pendant ce temps, une hémorrhagie assez sérieuse, tant veineuse que parenchymateuse, s'était déclarée, il prit la détermination d'essayer simplement de fendre la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière. Après avoir pénétré quelque peu dans le cartilage le couteau heurta l'os partout.

« Je ne puis, dit-il, ni sentir ni voir, l'hémorrhagie m'en empêchant, si je suis au bon endroit. Je finis donc par me décider à trancher le pubis avec la scie à chaîne. Cela réussit facilement. Mais l'ouverture pratiquée par la scie n'est que de 15 millim. environ. Avec un bistouri boutonné le ligament arqué est prudemment tranché, après quoi les lèvres de la section osseuse s'écartent de 4 cent. »

« Après la section à la scie, les pubis ne s'écartent que de 15 mill.; après la division du ligament arqué, écartement de 4 centimètres, mais en même temps l'écoulement sanguin devient plus fort.

« Tamponnement à la gaze iodoformée. Rupture des membranes; la tête s'engage. Application du forceps de Levret. Écartement de 6 centim.

« Lorsque la tête eût été amenée dans le bassin, le forceps fut enlevé et à nouveau réappliqué dans le diamètre oblique droit, la fontanelle postérieure tournée en avant et la tête extraite en occipito-pubienne. L'extraction du tronc ne présenta aucune difficulté.

« Là-dessus l'écoulement sanguin reprit de nouveau, venant cette fois de lésions de la paroi antérieure du vagin, de déchirures communiquant à gauche avec la plaie opératoire et restant à droite plus superficielle.

« Arrêt de l'hémorrhagie aussi bon que possible à l'aide d'un tampon de gaze.

« L'enfant, né en état de mort apparente et difficilement ranimé, pesait 3,720 gr., et avait un diamètre bipariétal de 10 cent.

« *Ce n'est qu'avec les plus grands efforts qu'on parvint, au bout d'une demi-heure, à exprimer le placenta de l'utérus.* Placenta et membranes complets.

« *Après l'expression il survint une hémorrhagie utérine si violente (so heftige), qu'il fallut faire un tamponnement intra-utérin.*

« *L'hémorrhagie s'arrêta, mais la patiente anémiée à un haut degré et épuisée avait le pouls petit.*

« Après l'ablation du tampon de la plaie, survint une nouvelle hémorrhagie par la déchirure superficielle siégeant à droite du clitoris, d'abord arrêtée par une ligature médiate profonde. Suture de la plaie au crin de Florence, profonde et superficielle. Gaze iodoformée, emplâtre agglutinatif, bandage ouaté. Anémie, respiration superficielle, pouls misérable, et, malgré les excitants, *mort une demi-heure après.*

« Sur le cadavre on mesura du faux-promontoire au pubis 73 mill. seulement. Diamètre transverse du détroit supérieur 132, et après écartement pubien de 6 cent. : 160mm.

« Les articulations sacro-iliaques bâillent fortement. Les ligaments antérieurs ne sont pas rompus, mais décollés.

« L'examen de la symphyse montra qu'elle n'était pas ossifiée comme Treub l'avait supposé. La symphyse était seulement très étroite (1 à 1 millim. 1/2) ; le trait de scie était tombé à droite de la symphyse.

« Ce fait que la section a porté non pas sur la symphyse, mais sur le pubis droit est, d'après Treub, sans importance quant à la terminaison de l'opération, la mort de la femme étant uniquement la suite de l'hémorrhagie.

« Treub attire l'attention sur ce fait que Caruso ne parle que du danger d'infection, mais que celui d'hémorrhagie n'est signalé ni par lui, ni par Spinelli, ni par Pinard.

« Et il se demande : dois-je dire que la femme est morte d'une hémorrhagie utérine consécutive et non des suites de la symphyséotomie ? L'hémorrhagie aurait pu difficilement être telle après perforation et crânioclasie. Treub ne veut pas admettre l'interprétation de la mort que donne Torngreen pour son cas de mort (paralysie du cœur). »

Il reste, après lecture de cette observation, bien des inconnues ; en particulier celle du temps employé à chercher la symphyse, à placer et manœuvrer la scie à chaîne.

Rien n'est encore coupé que la peau et la ligne blanche, que déjà l'auteur signale une forte hémorrhagie *veineuse* parenchymateuse qui augmente après qu'il a cherché à attaquer la symphyse par en bas, en détachant le ligament arqué du bord inférieur.

Qu'après la section complète et l'écartement de 4 centim., il se produise un écoulement sanguin veineux *d'apparence* terrifiante, nous n'y contredisons point. C'est presque la règle. Mais encore une fois, pour qui ne s'attarde pas et tamponne immédiatement, cette hémorrhagie n'a rien d'incoercible. Treub ne dit pas que l'hémorrhagie ait continué, après son tamponnement, dans des proportions inquiétantes.

Après l'extraction qui nécessite *deux applications de forceps* de Levret (dont la première était sans doute oblique, ce que nous avons démontré déjà très défectueux et ce qui n'est pas le manuel opératoire conseillé par Pinard que Treub dit avoir suivi), on constate une déchirure du vagin communiquant avec la plaie opératoire. (C'est là un écueil de l'opération, sur lequel nous nous sommes expliqué et contre lequel nous avons préconisé une manœuvre qui depuis avril ne nous a donné que des succès.) Il y eut de ce chef une nouvelle perte de sang qui fut arrêtée par le tamponnement.

Si les choses s'étaient bornées là, à moins que Treub n'ait eu affaire à une hémophile, la perte sanguine n'eût pas dépassé la mesure largement compatible avec la survie. Et ce fait que l'auteur ne dit pas un mot à ce moment de l'état général de son opérée, cet autre qu'au lieu de faire immédiatement la délivrance artificielle pour hâter la terminaison de l'opération, il emploie une demi-heure à faire la délivrance par expression, ne prouvent-ils pas qu'à ce moment précis, on n'observait rien d'inquiétant, et qu'on n'était pas talonné par l'hémorrhagie.

Mais voici *qu'après la délivrance*, difficilement obtenue *par expression*, survient, par inertie utérine cette fois, une hémorrhagie *si violente* (c'est la première fois depuis le début de l'opération que cette épithète s'ajoute au vocable hémorrhagie) qu'elle nécessite le tamponnement intra-utérin. Ce n'est qu'après cette hémorrhagie utérine, sur la durée de laquelle nous ne sommes pas renseignés, que l'observation parle, pour la première fois également, d'anémie, d'épuisement et de petitesse du pouls. Remarquez que chez l'opérée de Tellier où l'hémorrhagie du champ opératoire avait été singulièrement plus abondante, si l'on compare les deux descriptions, que chez l'opérée de Treub, la mort n'a pas été immédiate mais tardive (deux heures après) et encore attribuée à des causes multiples.

Reste une question : Est-il prudent, chez une femme anesthésiée, de faire immédiatement la délivrance par expression, au lieu de la délivrance artificielle ? Nous ne le croyons pas, mais ce n'est pas le moment d'aborder ce sujet.

La seule conclusion que je veuille tirer de cette observation de Treub est celle-ci : c'est d'hémorrhagie veineuse qu'il est question et non d'hémorrhagie artérielle. Et je demande encore qu'on nous montre dans la région opératoire des artères plus grosses que la radiale ou ces observations cliniques qui, à défaut de pièces anatomiques, révéleraient la présence de ces artères.

En résumé, je ne vois pas en quoi les observations publiées depuis le mois d'avril dernier doivent faire modifier les conclusions que j'avais tirées des 124 premiers cas publiés, conclusions qui ont si fortement choqué le professeur Winckel et que voici :

« Lorsque Morisani et nous après lui et d'autres après nous ont pris parti pour la symphyséotomie, il a été bien entendu qu'il s'agissait de la symphyséotomie *antiseptique sur des femmes non infectées*. Qu'on ne vienne donc plus arguer de la mortalité par septicémie. Pour juger la symphyséotomie septique, il n'est pas besoin de nouvelles observations; celles du temps passé suffisent...

« Oui ou non, la symphyséotomie raisonnée, calculée, bien conduite, entraîne-t-elle, comme on s'est plu à le répéter lors de la publication de Spinelli et de nos premiers essais, des désordres immédiats ou consécutifs, soit du côté des symphyses sacro-iliaques, soit du côté de l'urèthre et de la vessie ? L'expérience

clinique, confirmant de tous points les résultats de l'expérimentation cadavérique, répond : non.

« Oui ou non, l'opération donne-t-elle lieu à autre chose qu'à une hémorrhagie veineuse aisée à contenir dans des limites non dangereuses ? Non. L'unique cas de Tellier n'est pas pour modifier notre conviction.

« Restent donc, au moment du dégagement de la tête au détroit inférieur et à l'orifice pubio-périnéal, les déchirures antérieures vulvo-vaginales qui, d'après nos observations personnelles et celles de nos confrères, sont manifestement dues au manque de soutien des parties molles antérieures au moment de l'extraction. (Relisez l'observation de Treub; n'est-ce pas après l'extraction de la tête, après la 2e application de forceps, qu'apparaît ce nouvel écoulement sanguin dû à une déchirure de la paroi vaginale antérieure faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire ?)

« Ces déchirures nous paraissent faciles à éviter ou à limiter. Entraînés par l'habitude, les accoucheurs, après avoir engagé la tête en position transversale et l'avoir amenée au fond du bassin, ramènent, à l'aide du forceps, l'occiput en avant (voyez l'observation de Treub), sans réfléchir qu'avec 5 ou 6 centim. d'écartement pubien le détroit inférieur et le bassin mous prennent une forme absolument différente de leur forme normale. Ils ne sont plus ovoïdes dans le sens antéro-postérieur mais ovoïdes transversalement. Mettre la tête en directe dans ces boutonnières à grand axe transversal, c'est vouloir en faire presque fatalement sauter la lèvre antérieure non soutenue.

« Si l'on veut se souvenir que, pour le détroit inférieur des bassins rachitiques, il n'est pas besoin de cet agrandissement si nécessaire au détroit supérieur, rien n'est plus simple une fois la tête engagée à fond et la rotation faite, *peut-être même avant la rotation*, que de refermer le bassin, de réduire à 0 la brèche antérieure, de restituer aux parties molles leur soutien osseux ; quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement et la descente des épaules, et à le refermer encore pour l'extraction finale. C'est ce que nous ferons désormais pour notre part.

« Ainsi disparaîtra, pour la mère, le seul danger de la symphyséotomie antiseptique, raisonnée, calculée, bien conduite. C'est se

moquer que de comparer au point de vue de l'irréductibilité de la mortalité maternelle la symphyséotomie à l'ovariotomie. »

C'est à ces conclusions que s'appliquaient les réflexions suivantes de M. Winckel auxquelles j'ai fait allusion ci-dessus :

« Er weist auf die französischen Veröffentlichungen hin mit dem Bemerken, dass wir « die gute französische Statistik » wohl kennen, uns aber durch dieselbe in unserem selbständigen Urtheile nicht beirren lassen sollen » (1).

Maintenant que nous possédons « la bonne statistique allemande », le professeur de Munich est-il toujours convaincu que « la symphyséotomie n'ayant pas donné ce qu'on attendait d'elle et ayant donné par contre ce qu'on n'attendait pas, c'est-à-dire une riche moisson de déchirures de la vessie (?), de lésions des articulations sacro-iliaques (?), de caries de la paroi antérieure du bassin (?) doit être définitivement enterrée » ?

Dans un prochain article nous étudierons au point de vue de la mortalité fœtale les observations nouvelles de Neugebauer et nous verrons qu'à ce point de vue encore la symphyséotomie raisonnée, calculée, bien conduite a tenu ce qu'on attendait d'elle.

(A suivre.) H. VARNIER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (2)

Soixante et unième réunion tenue à Newcastle-on-Tyne, les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

AUST-LAURENCE. — **Ovariotomie post-partum** (3).

Discussion. — ROBERT BELL reconnaît qu'il est toujours sage d'enlever la tumeur pendant la grossesse si le diagnostic peut être formellement établi. Il a fait l'opération trois fois, et avec les résul-

(1) Verhand. der 5 Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Breslau. *Archiv. f. Gynäk.,* T. 44, Heft 3, p. 551.

(2) D'après le *British Med. Journal,* sept. 1893.

(3) Voir plus haut, p. 321.

tats les meilleurs. Dans le 1er cas il s'agissait d'un kyste ovarique multiloculaire chez une femme à laquelle, deux années auparavant, il avait enlevé un kyste parovarique. Dans un autre cas, il avait enlevé un kyste ovarique très volumineux chez une femme très forte, âgée de 35 ans, déjà mère de 9 enfants. La tumeur avait pris un énorme et rapide accroissement après l'accouchement. Dans tous les cas, du reste, les suites opératoires avaient été très heureuses. HEYWOOD SMITH fait remarquer que, dans ces cas de coexistence de grossesse et de tumeur ovarique, la situation de la tumeur a une importance capitale. Si, par exemple, la tumeur est dans le bassin et, de ce fait, doit constituer un obstacle à l'accouchement, il faut opérer tôt. Si l'opération est pratiquée entre le troisième et le quatrième mois, généralement, le résultat est heureux, la grossesse va à terme. Si, au contraire, la tumeur est entraînée hors du bassin, mieux vaut remettre l'opération après l'accouchement.

POZZI. — **Des opérations conservatrices de l'ovaire** (Voir *Annales de gynécologie*, mars 1893, p. 166).

Discussion. — MORE MADDEN a toujours professé que dans les cas d'affections portant primitivement et secondairement sur les annexes, le chirurgien devait s'efforcer non seulement de supprimer la maladie, mais aussi de restaurer l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes affectés.

Il était inutile de faire allusion à l'extirpation des ovaires, qu'il y a peu d'années, on pratiquait beaucoup trop facilement non seulement contre les fibromes à développement rapide où l'oophorectomie est souvent nécessaire, mais aussi dans des cas d'affections nerveuses et autres états où elle est injustifiable. En ce qui concerne l'ablation des trompes dans la cure du pyosalpinx et de l'hydrosalpinx, il faut dire qu'il est possible, au moins dans beaucoup de cas, grâce à une thérapeutique conservatrice, chirurgicale ou médicale, et plus spécialement par le cathétérisme circonspect des oviductes, ou par la ponction du sac tubaire au moyen de l'aspirateur, de vider le kyste et de guérir le malade en lui évitant toute sorte de mutilation. Il estime que des opérations telles que la salpingotomie seront tenues par la majorité des chirurgiens pour impraticables. A la vérité, il est impossible d'agir sur une trompe amincie et distendue par le massage avec assez de force pour rompre les adhérences sans courir, de ce fait, le risque de

produire la rupture du kyste, suppuré ou non, et par suite d'entraîner des conséquences parfois fatales. En terminant, M. Madden insiste sur la valeur réelle des moyens médicaux et chirurgicaux dans le traitement conservateur des annexes de l'utérus.

F. Barnes a écouté avec beaucoup d'intérêt les procédés opératoires divers décrits par Pozzi. Il considère que le cathétérisme des trompes de Fallope est une opération fort aléatoire, et il lui paraît bien difficile qu'on puisse affirmer que le cathéter a quitté la cavité utérine, qu'il est entré dans l'oviducte, ou qu'il est passé à travers le tissu utérin dans le péritoine. Relativement à l'ignipuncture des petits kystes superficiels de l'ovaire, il se demande s'il est vraiment utile de courir le risque de provoquer de la suppuration, alors qu'il suffit de les rompre et de les vider pour les détruire. Parmi les traitements conservateurs des annexes de l'utérus, il en est un auquel on n'a pas fait allusion, et qui consiste à détruire les adhérences aussi loin que possible dans le bassin sans enlever quoi que ce soit. Même le ventre ouvert et les organes en mains, le diagnostic n'est pas toujours possible. Dans un certain nombre de cas, F. Barnes lui-même n'a pu faire rien de plus que de détruire les adhérences et de libérer sur une certaine étendue des organes qu'on n'aurait pu attirer qu'avec une violence dangereuse. Or, plusieurs des malades ainsi traités ont guéri, tous les symptômes morbides ont disparu. Ce qui fut fait dans ces cas peut être considéré comme un des modes du traitement conservateur des annexes. Mais cela ne peut être fait naturellement qu'après la laparotomie, qui est nécessaire au diagnostic. Quant à l'ablation des ovaires normaux, c'est un mode d'intervention qu'on ne peut que regretter.

Robert Bell est convaincu que la plupart des affections des annexes ont pour point de départ une maladie de l'endométrium, qui s'est propagée aux trompes et consécutivement aux ovaires. Quand il y a ovarite ou salpingite, ou coexistence des deux affections, le traitement doit porter d'emblée sur l'utérus. Préciser la maladie d'abord, puis pratiquer un curettage soigneux, et traiter la muqueuse utérine malade (phénol iodique, applications de tampons d'ichtyol, etc.). Par ces moyens, on réussit, le plus souvent, quand l'affection n'est pas trop avancée, à amener une rétrocession complète des altérations inflammatoires et hypertrophiques. Si la maladie n'est plus justiciable du traitement médical, un traite-

ment radical s'impose, car on s'exposerait à une récidive ou bien l'on serait forcé de recourir à une intervention nouvelle.

J. SMILY déclare que la plus grosse difficulté consiste à faire le diagnostic et à le préciser aussi bien avant qu'après ouverture du ventre. Il reconnait avec Pozzi l'efficacité de la curette et du massage dans certains cas, et il fait rentrer dans le massage le procédé de Schultze, de destruction des adhérences sans laparotomie. Avec son expérience actuelle, il ne saurait reconnaître la légitimité de la résection de la trompe distendue par du liquide. Quant au traitement conservateur des ovaires, sa principale difficulté est dans le diagnostic. Mais si l'on pouvait, avec certitude, affirmer qu'une portion de l'ovaire est saine, ce serait sans doute un progrès réel si cette portion pouvait être conservée sans danger.

M. CAMERON juge que le traitement préventif est tout aussi important que le traitement conservateur. Il croit aussi qu'on ne saurait accorder trop d'importance au traitement de la leucorrhée et de l'endométrite. Il est adversaire du massage, mais accepte volontiers l'usage de l'électricité sous forme de courants interrompus. Il préconise l'ablation des ovaires et des trompes malades, mais veut qu'on limite l'opération au côté affecté. Enfin, il se déclare plus partisan de la section abdominale que de l'ignipuncture.

BREWIS pense que les cas d'annexes adhérentes, sans altérations autres, sont justiciables du traitement conservateur. Il cite un cas dans lequel il replaça les ovaires qui avaient l'aspect tout à fait normal, après les avoir libérés de leurs adhérences, et la malade guérit. Le diagnostic exact ne lui paraît possible qu'avec le secours de la laparotomie; on doit y avoir recours, toutes les fois que les phénomènes pathologiques ne cèdent pas au traitement médical. Le ventre ouvert, on précise le diagnostic et l'on en déduit le traitement qui, suivant le cas, sera conservateur ou radical. Il juge la ponction par le rectum plus dangereuse que la section abdominale.

J. TAYLOR fait remarquer que dans un certain nombre des cas relatés par Pozzi, il y avait eu ignipuncture et hystéropexie et qu'il est difficile de préciser le point qui revient à l'élévation de l'ovaire. Dans les cas de douleurs dues à du prolapsus de l'ovaire, il n'est pas de moyen thérapeutique plus efficace que les opérations

plastiques — hystéropexie et raccourcissement des ligaments ronds — opérations qui ont pour effet d'élever l'ovaire au-dessus du bassin. Comme Pozzi, il estime que dans les processus tubaires, aigus, le curettage de l'utérus peut être très dangereux. Il a vu comme conséquence de cette intervention la suppuration. Il est un procédé conservateur dont on n'a pas parlé. Dans les kystes du ligament large affectant la partie libre du ligament, qu'on traite d'ordinaire par l'excision et l'ablation simultanée de la trompe et de l'ovaire correspondants, il a pu énucléer le kyste à travers une petite ouverture, suturer ensuite l'incision, et cela avec d'heureux résultats.

Cullingworth reconnait absolument que les opérations partielles sur les trompes sont inutiles. Mais quand il s'agit de l'ovaire le traitement conservateur prend plus d'importance. Après ces opérations, il est désirable que la menstruation continue; or, la conservation d'une petite portion de l'ovaire sauvegarderait en général la fonction menstruelle. Heureusement, les résultats du traitement conservateur ont été plus favorables pour les ovaires que pour les oviductes. Le procédé d'ignipuncture imaginé par Pozzi augmente nos ressources chirurgicales. Mais une idée plus heureuse encore, c'est celle de fixer sur l'ovaire, la résection ovarique faite, l'extrémité frangée de l'oviducte.

Spencer Wells se demande si, quand l'un des ovaires est sain, il ne serait pas préférable de laisser l'ovaire normal et d'extirper l'autre en totalité. L'ovaire sain suffit à assurer la menstruation; il serait peut-être plus sage de se fier à un ovaire qu'à un ovaire et à une portion de l'autre. En beaucoup de cas d'ablation d'un kyste extra-ovarique, il a enlevé le kyste seulement et laissé la trompe et l'ovaire correspondants, ou peut-être, a t-il enlevé quelque portion allongée de l'ovaire étendue, étirée, sur la paroi du kyste extra-ovarique.

Il serait heureux de savoir quel avantage peut bien avoir l'ignipuncture sur la ponction simple dans les cas où, après ablation d'une tumeur ovarique d'un côté, on constaterait que l'autre ovaire est quelque peu augmenté de volume, et que sa surface est rendue irrégulière par la présence de quelques petits kystes. Les praticiens savent que la chirurgie conservatrice, que même l'abstention chirurgicale réussissent mieux souvent que l'abus des opérations chirurgicales. Beaucoup de médecins expérimentés pourraient

rélater des cas dans lesquels on déclarait nécessaire l'extirpation des trompes et des ovaires chez des jeunes femmes qui depuis se sont parfaitement remises et ont enfanté.

HEYWOOD SMITH. — Sans doute, il est avantageux qu'une femme conserve une portion saine de tissu ovarique. Mais, laisser un ovaire suspect c'est courir le risque d'une récidive, d'une seconde opération. Le bénéfice retiré en beaucoup de cas de l'usage du courant faradique est simplement temporaire quand la maladie est organique. Il n'est pas douteux que souvent, dans l'endométrite, la curette donne d'heureux résultats et arrête l'extension de la maladie.

F. BARNES cite un cas de **lithotomie vaginale** qu'il a pratiquée avec succès, chez une femme qui avait, du fait d'un calcul d'un gramme, de la cystite très douloureuse et suppurée. Le calcul enlevé, on traita la cystite par des injections boriquées. Or, dix jours après, l'incision de la vessie était cicatrisée. F. Barnes comparant la valeur respective de la dilatation de l'urèthre, de la lithotritie, de la lithotomie hypogastrique ou de la lithotomie vaginale, donne la préférence à cette dernière. A. LAWRENCE cite deux cas de lithotomie vaginale et se déclare aussi partisan de cette opération.

BELL. **Des flexions de l'utérus.** — En règle générale, un *utérus normal, absolument sain, ne se dévie pas.* S'il se dévie, c'est par suite de l'altération de ses supports naturels, de ses relations anatomiques avec les organes voisins, aussi faut-il commencer par se rendre bien compte de ces conditions, et remplir les indications qui se dégagent de cet examen. Quand c'est l'utérus qui est malade, habituellement le point de départ de l'affection utérine est l'endométrium. La subinvolution utérine entre aussi en jeu en certains cas, et même alors d'ordinaire, l'endométrium est malade. Ce n'est qu'en guérissant la muqueuse utérine qu'on peut guérir l'utérus. Mais avant d'entreprendre une thérapeutique quelconque, il faut examiner le col avec soin et le traiter au cas de lésions (déchirures, hypertrophie).

Il faut également restaurer le périnée déchiré, veiller beaucoup à la régularité des garde-robes, traiter les symptômes dyspeptiques, ceux surtout qui se compliquent de météorisme abdominal, supprimer bottines à talon haut, corsets, et défendre les mouve-

ments comme ceux que nécessitent la machine à coudre, l'harmonium, la bicyclette, etc.

PURSLOW. **Traitement de la rétroversion de l'utérus gravide.** — L'auteur a eu à traiter six cas de ce genre. Dans 3, il y avait incarcération de l'utérus gravide et rétention de l'urine; dans les 3 autres, pas d'incarcération. Dans tous, l'utilisation de la position génu-pectorale et le maintien de la femme au lit dans une posture telle qu'elle reposait directement sur la face, permirent de réduire la déviation. Aussi Purslow résume-t-il les enseignements qu'il a tirés de ces faits dans les conseils suivants : dans tous les cas de déplacements en arrière de l'utérus gravide (rétroversion ou flexion), compliqués de rétention d'urine, après avoir fait le cathétérisme, on devra tenter de réduire l'utérus, la femme étant placée dans la position génu-pectorale, et cela avant de procéder à toute anesthésie. Au cas d'échec, maintenir la femme au lit de telle façon qu'elle repose, autant que possible, directement sur la face, faire le cathétérisme à des intervalles réguliers, et renouveler les tentatives de reposition dans la posture génu-pectorale un jour ou deux, plutôt que de recourir de suite à l'anesthésie et d'employer une trop grande force pour amener la réduction. La réduction obtenue, il est important de maintenir la femme au lit plusieurs jours, de lui défendre formellement de se coucher sur le dos, d'appliquer un pessaire annexe avant de lui permettre de se lever, et de lui faire comprendre l'intérêt capital qu'il y a à assurer la régularité des garde-robes. Dans tous les cas où ces précautions furent prises, il n'y eut jamais de récidive, ni troubles urinaires. Le pessaire peut être supprimé à la fin du 5e mois de la gestation, parce qu'à cette date, le volume de l'utérus prévient son déplacement.

Discussion. — HEYWOOD SMITH insiste aussi sur l'avantage qu'il y a à ne pas anesthésier la femme qui, en disant ce qu'elle éprouve, permet d'éviter des efforts, des manœuvres trop violentes. Il recommande en outre, l'usage dans ces cas du « *lit à plan incliné* » qui lui a réussi également contre certains fibromes de l'utérus et les états congestifs de l'ovaire. L'influence de cette inclinaison a suffi souvent à amener la guérison. A. LAWRENCE a observé que dans quelques cas où existaient les symptômes ordinaires de la rétrocession de l'utérus gravide, la cause réelle des acci-

dents n'était pas l'utérus, mais une tumeur sanguine rétro-utérine. Dans un autre cas, il s'agissait de la compression exercée par un œuf extra-utérin. Suivant lui, il faut surtout se préoccuper d'évacuer la vessie. Et, pour les tentatives de réduction, placer la femme dans la position de Sims, sur les genoux et sur les coudes, et procéder à la réduction sans anesthésie. Au cas d'échec, replacer la malade au lit et renouveler les tentatives après quelques jours. Le principal danger provient de la vessie ; on doit d'abord l'évacuer et, s'il est nécessaire, remettre à queldues jours la réduction.

ROBERT BARNES. — Discussion sur la **Septicémie puerpérale.**

Nature de la fièvre puerpérale. — L'auteur ne croit pas que la nature des affections puerpérales soit tellement définie qu'on les puisse simplement classer sous les étiquettes : *a) septicémie* : *b) pyémie.* Il serait plus philosophique et plus pratique d'user d'un terme général, comme par exemple *pyrexie ou fièvre puerpérale*, qui comprend, dans sa généralité, toutes les variétés d'altérations du sang.

Fièvre des accouchées, maladie justiciable des moyeus prophylactiques. — La question n'est plus discutable aujourd'hui. On peut formuler la proposition suivante : partout où il existe une direction médicale expérimentée, intelligente, la mortalité est réduite au minimum ; partout où cette direction supérieure fait défaut, la mortalité des suites de couches reste excessive. Aussi, les soins aux accouchées devraient-ils être rigoureusement réglementés.

Étiologie. — 1° Éléments étiologiques qui se développent dans le sujet lui-même, et qui sont essentiellement le produit des processus puerpéraux, *éléments endogènes.*

2° Éléments étiologiques qui se développent en dehors du sujet et qui sont transportés ou inoculés sur ses organes, *éléments hétérogènes.*

A. *Septicémie endogène.* — La matière qui, la première peut-être, peut, après l'accouchement, pénétrer dans la circulation, c'est l'*exsudation liquide*, le plus souvent séreuse, qui se fait dans l'utérus et dans les tissus péri-utérins. Elle est parfois très abondante, surtout quand la fonction rénale a été défectueuse, dans l'albuminurie, par exemple. La seconde matière absorbée est la « *graisse physiologique* » (Virchow), produit de la désintégration

des tissus devenus inutiles. Une troisième résulte de l'*accumulation de l'acide lactique ou d'autres produits de l'action de l'usure musculaire* inhérente à l'accouchemeut. C'est là un processus absolument physiologique. Il y a aussi l'*écoulement lochial*, à peu près purement sanguin durant. les premières vingt-quatre heures. Normalement, il s'écoule au dehors. Mais, exceptionnellement, il peut être retenu et résorbé, peut-être aux bénéfices de l'accouchée.

Pas de poison, pas de septicémie.

La matière résorbée a deux destinées : 1) la matière absorbée, quand elle subit les transformations normales, sert à la formation de nouveaux tissus, ou bien à la sécrétion lactée ; 2) quand elle n'est pas employée à cette fin, elle doit être éliminée par les organes excréteurs.

Mais ce processus normal faisant défaut, *la matière retenue subit des altérations autres, pyrétogènes*. C'est là le type le plus simple de la septicémie endogène.

Il est une autre forme de septicémie endogène. Elle résulte de la rétention anormale du liquide lochial dans les voies de la parturition, de sa transformation putride et de sa résorption consécutive. Cette variété touche de très près à la septicémie hétérogène et quelquefois fusionne avec elle. Il est même douteux qu'on puisse affirmer entre elles une distinction nette. Il est vrai que le sang retenu dans l'utérus fermé est susceptible de subir des modifications nocives et, résorbé, d'engendrer des formes de toxémie. Mais, il y a des différences entre cette septicémie endogène au sens absolu du mot, et celle qui coïncide avec l'entrée de l'air. Dans ce dernier cas, l'air peut transporter des germes, et ceux-ci provoquer de la putréfaction dans un terrain approprié. L'on a, alors, une forme mixte, c'est-à-dire une association de septicémie endogène et de septicémie hétérogène,

B. *Septicémie hétérogène.* — Elle est la conséquence de l'intervention d'un poison extérieur ou d'un poison venu du dehors, provoquant la formation de l'élément pathogène, et qui agit avec une virulence spéciale sur la constitution puerpérale. A la vérité, il n'est pas toujours aisé de distinguer les variétés diverses de septicémie endogène et hétérogène ; mais la distinction a sa valeur pratique et théorique.

Prophylaxie générale. — Il faut préparer et fortifier les accou-

chées contre toutes les causes endogènes ; puis les mettre à l'abri des causes hétérogènes. Si l'on ne réussit pas à repousser absolument les attaques extérieures, on place du moins l'organisme dans les meilleures conditions pour en triompher.

Prophylaxie de la septicémie endogène. — Le premier de tous les moyens prophylactiques, c'est la direction rationnelle de l'accouchement. Une perturbation survenue à une des périodes quelconques du travail peut troubler le processus naturel et entraîner une toxémie plus ou moins aiguë. Sous ce point de vue, le développement du système glandulaire a une importance capitale. Quand ce système est bien développé, l'élimination se fait mieux, et les diverses phases du processus naturel se succèdent régulièrement. Dans ces conditions, les septicémies endogènes seraient exceptionnelles. Il y aurait même là l'origine de la différence de morbidité ou de mortalité chez les femmes qui travaillent et chez les femmes de complexion plus délicate, appartenant à une classe plus élevée. Chez les premières en effet, le système glandulaire est bien développé, aussi les affections puerpérales endogènes sont-elles exceptionnelles, tandis que, chez elles, les affections hétérogènes sont assez fréquemment observées, surtout en l'absence de prophylaxie sérieuse.

Précautions de nature à sauvegarder l'accouchée contre les facteurs pathogéniques endogènes, de nature à diminuer les risques de l'infection hétérogène.

1° Éviter toute *obstétrique intempestive.* Éviter le tamponnement.

2° *Accouchement implique traumatisme.* Il y a des surfaces mises à vif (plaie placentaire, lésions cervicales, déchirures périnéales); autant de points où la résorption peut se produire. Il faut donc se mettre à l'abri contre cette résorption. Suturer le périnée déchiré immédiatement ou dans les 24 heures. Prévenir la résorption au niveau de la surface utérine en favorisant la contraction de l'organe. Appliquer un bandage compressif, qui diminue les phénomènes d'aspiration susceptibles d'entraîner vers l'utérus des éléments venus de plus bas ou de l'extérieur; prévenir pour les mêmes raisons l'hémorrhagie.

3° Après avoir fermé les portes ouvertes aux éléments toxiques, supprimer ces derniers. Éviter le décubitus dorsal; maintenir le tronc assez élevé, ce qui favorise le drainage et empêche l'aspi-

ration. Vient ensuite la question des *injections*. Mais, ici, on touche de très près à l'*obstétrique intempestive*. De façon générale, *mieux vaut les éviter*. Il est pourtant des exceptions, par exemple, quand il y a eu hémorrhagie, accumulation de caillots. Examiner soigneusement le placenta. S'il en reste des débris dans l'utérus, le curettage peut avoir son utilité. Mais, il doit être pratiqué avec beaucoup de prudence, à cause des dangers de rupture. Le doigt remplace avantageusement la curette.

4° Linge antiseptique; lavages des parties externes avec une solution phéniquée.

5° Usage des ocytociques après l'accouchement (quinine, ergot, hamamelis), à petites doses.

6) Il est un facteur important de la toxémie, c'est une *exagération du processus de résorption*. Contre ce facteur, on peut lutter en soumettant l'accouchée à une alimentation facilement assimilable.

Prophylaxie de la septicémie hétérogène. — L'énergie de résorption constitue encore ici le facteur actif. Tandis que dans la forme endogène l'élément pathogène est créé dans le système maternel ou résorbé au niveau du canal génital, dans les formes hétérogènes plusieurs poisons se surajoutent. Il en est qui sont transportés dans le canal génital, et d'autres qui entrent par d'autres portes (poumons, peau, estomac). Dans ces cas, il y a état mixte. Le poison, venu du dehors, peut entrer immédiatement en contact avec le poison endogène, ou bien, troublant le pouvoir excréteur normal, engendrer un poison endogène : d'où, variété mixte de toxémie, effet des réactions mutuelles des virus endogènes et hétérogènes.

On a dit que la scarlatine, par exemple, chez une puerpérale n'est que la scarlatine et rien d'autre. Or, d'après ce dogme spécieux, l'état puerpéral, avec son énergie de résorption excessive, avec son sang chargé de déchets, voire de produits toxiques, constituerait un facteur insignifiant! Mais si les observations cliniques démontrent que la toxémie est un état relativement simple, il n'est pas moins vrai qu'un virus hétérogène abordant l'organisme d'une accouchée amène la formation d'un composé d'éléments endogènes et hétérogènes, et qu'en beaucoup de cas, sinon dans tous, il y a production de poisons nouveaux. Au résumé, il ne peut pas dans ces conditions y avoir de toxémie simple.

La prophylaxie de la septicémie hétérogène rentre dans le domaine de l'hygiène générale: *propreté rigoureuse*.

Ne pas oublier l'action éminemment purificatrice de l'air et du soleil. D'autre part, il paraît parfaitement démontré que les conditions météorologiques ont une action étiologique sur le développement des affections puerpérales. La saturation, l'humidité de l'atmosphère, en diminuant l'élimination par les poumons, par la peau, sont des facteurs défavorables. D'où cette indication : chambre de l'accouchée regardant le sud et bien aérée, le renouvellement de l'air étant soigneusement assuré.

Il ne faut pas omettre non plus l'action éminemment nocive du virus cadavérique (Semmelweiss).

Obstétrique antiseptique. — 1° Toute accouchée doit avoir une chambre pour elle seule.

2° Après avoir servi, la chambre doit rester inoccupée une quinzaine de jours et subir une désinfection rigoureuse.

3° Les murs doivent être vernis, non blanchis à la chaux.

4° Elle donnera accès libre à l'air et au soleil.

5° On y fera passer des vapeurs d'iode, de brome, de chlore, d'acide chlorhydrique, de substances germicides.

6° *Le meilleur de tous les antiseptiques est l'acide phénique pulvérisé* (R. Barnes).

Quant aux substances que le médecin peut employer, elles sont nombreuses et se rangent dans les groupes suivants :

1° *Corps simples.* Oxygène, iode, chlore, brome, soufre, charbon, mercure.

2° *Acides et sels minéraux.* Acide nitrique, chromique, borique, chlorure de zinc, sulfate de fer, de cuivre, alun, iodure de potassium (1).

3° *Composés organiques.* Acide hydrocyanique, acide tannique, acide gallique, iodoforme, camphre, chloral, eucalyptol, menthol, goudron, etc.

SIMPSON. — **De la nécessité d'une propreté rigoureuse.**

CULLINGWORTH. — **Cas de fièvre puerpérale avec prédominance d'infection hétérogène.**

---

(1) Tel est l'important mémoire de R. Barnes, que nous avons d'ailleurs beaucoup résumé, faute d'espace. Pour la même raison, nous ne pouvons qu'énumérer les questions particulières qui ont été ensuite successivement traitées.

R. Boxall. — **Technique de l'antisepsie.**

G. Anderson. — **Faible mortalité dans les maternités.**

Th. Oliver. — **Mortalité inévitable des accouchées.**

Aust-Lawrence. — **Précautions pratiques.**

Dr R. Labusquière.

REVUE ANALYTIQUE

Des lésions crâniennes, et en particulier des impressions (marques) **produites dans les accouchements par le siège.** (Ueber die Schädelverletzungen ; imbesonderen die Impressionen bei Beckenendgeburten), par Rosinski. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXXI, Hft 2, p. 255.

Étude laborieuse, faite surtout au point de vue médico-légal. L'auteur s'était proposé de rechercher s'il n'existe pas des particularités de nature à permettre de décider si telle lésion crânienne, observée chez le fœtus nouveau-né, s'est produite pendant l'accouchement, ou si elle a été causée, criminellement, après la naissance. Voici comment il résume sa manière de voir actuelle, basée sur un certain nombre d'observations personnelles, sur beaucoup d'autres recueillies dans la bibliographie médicale, et sur des expériences conduites par lui et d'autres expérimentateurs. « De tout ce qui précède, il ressort qu'il n'existe aucun signe pathognomonique qui, dans tous les cas, puisse servir de criterium dans la question de savoir si une lésion, une impression crânienne a eu lieu *inter-partum* ou *post-partum*, et alors par des agents externes. Aussi, doit-on, dans l'appréciation de ces faits, apporter beaucoup de circonspection, et ne pas se river aux opinions très absolues des soi-disant autorités. Bien au contraire, il importe de bien étudier chaque cas particulier, et d'utiliser toute circonstance accessoire, si futile qu'elle paraisse. Ce sont les « petits riens » qui souvent mettent dans la bonne voie ; par exemple, on pourra utilement faire jouer le crâne, objet de l'expertise, dans un bassin sec. En agissant ainsi, mon attention a été maintes fois attirée sur des circonstances qui, autrement, m'eussent échappé. A la condition de contrôler soigneusement toutes les circonstances

nécessaires et de ne rien négliger, on peut espérer pouvoir se faire un jugement exact, équitable dans tous les cas. »

L. R.

De l'atrophie de l'utérus consécutive aux processus puerpéraux. (Ueber die Atrophie des Uterus nach puerperaler Erkrankung.) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXVII, Hft 1. p. 38.

Ce travail est basé sur 4 observations que l'auteur résume de la façon suivante :

1) ... 20 ans ; le 26 février, accouchement spontané dirigé par une sage-femme. Dès les premiers jours des suites de couches, fièvre, frisson, délire, douleurs articulaires. *Mort* 17 jours après l'accouchement. *Nécropsie :* Nombreux foyers pyémiques dans la glande thyroïde, dans le rein, dans les articulations, dans le paramétrium, le vagin. Déchirure du périnée avec exsudats diphtéroïdes.

2) ... 30 ans. Le 25 février 1892, accouchement de 7 mois (grossesse gémellaire). Suites de couches : fièvre, frisson, délire, écoulement fétide. *Mort* le 17 mars 1892, soit 22 jours après l'accouchement. *Nécropsie :* Infarctus hémorrhagique des poumons, inflammation de la rate, thrombose veineuse suppurée des deux veines rénales et des veines dans le ligament large gauche. Longueur de la cavité utérine, 11 centim. ; circonférence de la cavité au niveau du fond, 11 centim. Musculature flasque, mince. Aire placentaire en avant, inégale.

3) ... 33 ans, IVpare (1882, 1883, 1892, accouchements normaux). Novembre 1892, avortement avec fièvre. Le 19 novembre 1892, curettage. Amaigrissement considérable, frissons, douleurs abdominales, toux et expectoration ; diarrhée. Exsudat à gauche de l'utérus. *Mort* le 23 janvier 1893, soit : 2 mois après l'accouchement. *Nécropsie :* amaigrissement énorme. Pleurésie ancienne. Tuberculose ancienne, très circonscrite, des deux sommets des poumons. Inflammation de la rate. Splénite. Infarctus suppurés du rein. Abcès multiples du foie, péritonite suppurée ancienne et récente. Perforations multiples de l'intestin correspondant à ses foyers péritonitiques, suppurées. *Longueur de l'utérus*, 6.5. Parois antérieure et postérieure soudées dans les parties latérales. Surface interne brillante, paroi postérieure pigmentée.

4) ... 40 ans, VIIIpare. Dans le 7e accouchement, version, suites de couches normales. Le 5 novembre 1891, accouchement normal. Hémorrhagie pendant la 3e période : délivrance artificielle. Anémie profonde, amaigrissement accusé ; fièvre dès le premier jour des suites de couches. Frisson, arthrites inflammatoires multiples. Bronchite et broncho-pneumonie. Abcès au niveau de la malléole externe, droite. Paramétrite droite. *Mort* le 17 janvier 1892, c'est-à-dire 2 mois 12 jours après l'accouchement. *Nécropsie :* Amaigrissement. Bronchite suppurée. Thrombose de la veine spermatique droite. Coxal-

gie suppurée à droite. Paramétrite droite. *Longueur de l'utérus*, 7 centim. dont 2 pour le col. Musculeuse utérine friable, pâle. Surface interne inégale.

Examen histologique. — 1) Les modifications ressemblent à celles du cas IV, à cela près qu'à la surface de la cavité utérine surtout on trouve des thrombus plus récents et que les couches les plus rapprochées de la cavité sont le siège d'une forte infiltration de cellules rondes. En certains points, apparaissent dans les vaisseaux des amas de petites cellules rondes. *De muqueuse, pas de vestiges,* pas plus à l'aire placentaire qu'ailleurs. Surface régulière, sauf une proéminence assez accusée au niveau de l'aire placentaire, proéminence due à l'accumulation de thrombus à ce niveau.

Épaisseur de la paroi, 1,1 — 1,8 centim.

2) Séreuse normale. Quant à la musculeuse, elle n'offre, dans sa moitié externe, rien de particulier si ce n'est une involution un peu retardée (faisceaux musculaires plus volumineux qu'ils ne sont habituellement à cette date du puerperium). Dans sa moitié interne, on voit, le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des traînées de cellules rondes témoignant d'une infiltration abondante.

L'utérus est absolument dépourvu de muqueuse, il n'en existe pas la moindre trace (absence de glandes, d'épithélium superficiel, de tissu connectif interglandulaire). Surface en beaucoup de points lacérée, déchirée, en partie constituée par des thrombus de date récente, en partie par de la musculeuse absolument à jour. Entre les thrombus et les éléments musculaires existent de longues et épaisses traînées de cellules rondes qui en partie s'étendent jusqu'à la surface, y formant des foyers désagrégés, dégénérés, où l'on ne voit plus que quelques cellules rondes — c'est l'aspect d'une dégénérescence suppurative, mais qui ne s'étend pas aux thrombus. Ces traînées cellulaires pénètrent en forme de coin dans les couches plus profondes, accompagnant sous forme de tractus plus fins les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le pigment sanguin est rare et ne se rencontre que dans les couches musculaires les plus superficielles.

Épaisseur moyenne de toute la paroi utérine : 1,3 centim.

3) Séreuse normale. Musculeuse : sa partie avoisinant la séreuse est traversée de nombreux vaisseaux capillaires, fortement distendus ; au contraire, la partie moyenne est d'aspect normal. Les faisceaux musculaires sont étroitement unis ; il y a peu de tissu connectif interstitiel. Dans cette portion moyenne, cheminent des vaisseaux très sinueux, à parois épaisses. Presque tous sont perméables, très peu offrent encore les divers stades du processus de thrombose.

La musculeuse est sur de grandes surfaces recouverte de muqueuse, mais non partout. Il est des points où la musculeuse, avec ses vaisseaux, s'ouvre librement dans la cavité utérine. Sur d'autres points, on aperçoit, au-dessus de la musculeuse, un tissu connectif très riche en cellules et le siège d'abondantes infiltrations de cellules rondes entre lesquelles cheminent des capil-

laires ectasisés, fortement distendus par du sang. Dans ces points, le revêtement du côté de la cavité utérine est constitué par une couche cellulaire, d'aspect endothélial. Mais, en d'autres points, existe une muqueuse tout à fait normale (épithélium superficiel, glandes, tissu connectif interglandulaire). Là encore, vaisseaux fortement ectasiés. Dans le tissu interglandulaire foyers hémorrhagiques et pigmentaires. La direction générale des capillaires est oblique par rapport à la surface.

Des *glandes*, un certain nombre s'enfoncent profondément entre les faisceaux musculaires, d'autres suivent une direction très oblique, parfois même presque parallèle à la surface utérine; ces dernières sont généralement très courtes et rappellent la disposition des glandes des utérus en voie d'atrophie sénile. Il est des glandes qui ont subi une sorte de développement kystique, tandis que d'autres offrent des sinuosités considérables. Quant à l'épithélium il est tantôt cylindrique (glandes dirigées plus verticalement par rapport à la muqueuse), tantôt plus aplati, cubique (glandes kystiques et dirigées parallèlement par rapport à la cavité). La surface utérine est tapissée dans les points correspondants d'un épithélium en partie cubique, en partie cylindrique. L'épithélium cylindrique se rencontre surtout dans les points où l'on saisit la transition de l'épithélium des orifices glandulaires à l'épithélium de la surface.

Épaisseur moyenne de la paroi utérine, 1,5 centim.; de la muqueuse, 0,6 — 0,1 millim.

4) Musculeuse rare, surtout aux parties latérales de l'utérus. En aucun point, apparence de processus de prolifération dans le tissu musculaire. La couche moyenne est complètement dilacérée, dissociée par des vaisseaux et des thrombus. Dans l'ensemble, la paroi est constituée surtout par des thrombus et des vaisseaux à paroi extrêmement épaisse. Quant au caractère essentiel de cette pièce, c'est l'*absence absolue de muqueuse*; malgré de nombreuses coupes, on n'en rencontre pas le plus petit vestige, on ne constate même pas de tissu connectif continu comme reste d'une muqueuse dont l'épithélium et les glandes auraient disparu. La cavité utérine est concave, légèrement tordue et extrêmement réduite.

Épaisseur de la paroi du corps, 1,4— 1 centim.

Tels sont les documents cliniques et anatomo-pathologiques sur lesquels l'auteur base son travail. Dans ces 4 cas il s'est agi de processus puerpéraux inflammatoires, infectieux, suppuratifs (abcès métastatiques dans divers organes, thromboses, veines suppurées, arthrites multiples, etc.). Les altérations utérines essentielles qu'ont amenées ces processus sont : la destruction partielle ou *totale* de la muqueuse; l'atrophie de la musculeuse, atrophie si prononcée surtout dans le cas IV que la paroi n'était plus, pour

la plus grande part, constituée que par des thromboses et des vaisseaux fortement ectasiés.

A-t-on eu vraiment affaire à de l'atrophie utérine ? L'auteur, faisant des réserves pour les cas I et II dans lesquels la mort est survenue trop rapidement après l'accouchement, se prononce affirmativement dans ce sens pour les cas III et IV. D'autre part, relativement à ce dernier cas, il faut observer, coïncidence déjà signalée, qu'on avait pratiqué l'extraction manuelle du délivre. Et sans affirmer qu'il y ait formellement eu rapport de causalité entre cette intervention et l'atrophie de l'utérus, il estime cependant que la possibilité de ce rapport doit s'ajouter aux raisons qui font qu'on évite de recourir trop facilement à la délivrance artificielle. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie, par Ed. Schwartz. J.-B. Baillière, Paris, 1894.

Les livres, publiés sur l'asepsie et l'antisepsie se multiplient depuis quelques années. Très clair, facile à lire, ce nouveau manuel sera consulté avec intérêt. S'inspirant des principes posés par le professeur Terrier, M. Schwartz conseille dans l'organisation des services de chirurgie la séparation des infectés et des non infectés. Il décrit à cette occasion le nouveau service de l'hôpital Cochin. Luxueusement installé, ce service a, à sa disposition, les meilleurs appareils fabriqués pour la stérilisation des instruments et des objets de pansement, depuis l'étuve de Poupinel jusqu'aux appareils récents de Sorel et de Mally. Nous ne ferons à cette installation qu'un reproche, c'est d'être trop coûteuse. L'avenir est, croyons-nous, à la chirurgie simple et l'on abandonnera peu à peu tout ce qui grève un budget. Dans une page nous trouvons du reste à l'usage du chirurgien de campagne quelques conseils fort judicieux et qui montrent avec quelle simplicité l'antisepsie peut être réalisée. Ce manuel se termine par un chapitre qui intéressera les lecteurs français, sur la chirurgie de guerre et l'organisation du service de santé en campagne.

Du courant alternatif sinusoïdal en gynécologie, par Mina Kaplan Lapina, Paris, A. Maloine, 1893.

L'application du courant alternatif sinusoïdal, obtenu avec une machine magnéto-faradique de Clark, modifiée par d'Arsonval, a une action très nette sur le symptôme douleur; il active la résolution des exsudats péri-utérins, combat mais d'une manière inconstante la leucorrhée, reste sans action sur l'hydrorrhée et sur les hémorrhagies, dont il aurait plutôt tendance à provoquer la continuité.

Ces faits se trouvent établis par 34 observations, empruntées à la pratique d'Apostoli et relatées dans ce travail qui contient un exposé détaillé de la méthode.

Rendiconto clinico dal 1° luglio 1891 al 31 decembre 1892, par Guiseppe Coen, Livorno, 1893.

Exposé statistique avec commentaires du mouvement du service gynécologique et de la consultation externe de l'hôpital civil de Livourne.

A contribution to the surgery of the gall-bladder, par Maurice H. Richardson. Philad., 1893. (Extrait des *Annals of surgery.*)

Travail intéressant pour tous ceux qui s'occupent de chirurgie hépatique. On y trouve une série de considérations, fondées sur la pratique personnelle de l'auteur et discutant, au point de vue anatomique et chirurgical, ce qui a trait aux affections de la vésicule biliaire et des voies biliaires extra-hépatiques.

The surgical treatment of cysts of the vulvo-vaginal or Cowper's glands, par A. Doran. (Extrait des *Medical Society's transactions.*)

A. Doran pense que le meilleur traitement de ces kystes consiste dans l'extirpation au bistouri. Lorsqu'on ne pourra la pratiquer complètement, on utilisera le thermo-cautère pour détruire les parties persistantes.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1893

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA TRANSFORMATION CAVERNEUSE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE DANS CERTAINES FORMES DE MÉTRITES (1).

Par **E. Quénu**, chirurgien de l'hôpital Cochin.

La lecture d'une observation présentée tout dernièrement, en septembre 1893, par Boldt, de New-York, au congrès américain de Washington et intitulée « angiome caverneux de l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale » m'engage à ne pas différer la communication dont j'ai donné plus haut le titre et qui est relative à une malade que je suis depuis 1891. Voici l'observation telle qu'elle m'a été résumée par la malade elle-même.

Cette dame était âgée de 34 ans, lorsque je lui ai donné mes premiers soins ; réglée à 15 ans et demi, elle a eu son premier enfant à l'âge de 27 ans, son second enfant avant terme, deux ans et demi après. Jusque-là, la santé avait été parfaite, la menstruation normale et régulière. En 1889, des pertes blanches survinrent, puis à la fin de l'année, en novembre et décembre, quelques pertes rosées entre les époques. Aucun autre phénomène douloureux qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins.

De mars à juin 1890, des pertes sanguines incessantes, avec un seul répit de quelques jours, occupèrent l'intervalle des

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie.*

règles. Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux, alors consulté, diagnostiqua une métrite et pratiqua le brossage et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

Les pertes s'arrêtèrent 2 mois, mais en septembre elles reparurent très abondantes et presque continuelles.

Trouvant la matrice épaissie et augmentée de volume, le médecin fit, d'octobre 1890 à avril 1891, 30 séances d'électrolyse.

L'amélioration fut minime, et le 25 mai, c'est-à-dire un mois après, un curettage avec attouchement à la créosote était exécuté. Le mois de juin se passa sans pertes.

En juillet et août, il y eut suppression des règles. En septembre, les pertes reparurent, et c'est alors qu'au commencement d'octobre 1891, la malade vint à Paris me consulter. Je constatai que l'utérus était seul en cause, les annexes étaient saines, non douloureuses à la pression. L'utérus était augmenté de volume avec une direction à peu près normale. Aucun corps fibreux. Je pratiquai le curettage suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 10[e]. La malade eut l'espoir d'être guérie. Les mois de novembre, décembre 1891 et janvier 1892 se passèrent en effet sans métrorrhagie, la pesanteur avait diminué, la marche était devenue facile.

Mais en mars, les époques se rapprochèrent, revinrent toutes les trois semaines. A partir de juin, hémorrhagies légères mais continuelles jusqu'au mois d'août. Au mois d'août, les métrorrhagies augmentèrent d'importance, et la malade revint notablement anémiée et très découragée me consulter au commencement d'octobre 1892, c'est-à-dire il y a un peu plus d'un an.

Je soumis le col à une dilatation très complète, afin d'explorer minutieusement la cavité utérine et de m'assurer qu'aucun corps fibreux n'y faisait saillie. Cette exploration demeura absolument négative. Nous restions donc en présence de ce même diagnostic métrite hémorrhagique, car ni

l'état des annexes, ni l'état général ne pouvaient nous rendre compte de la persistance des pertes. Mme X... est une femme pondérée, nullement hystérique. Le foie, le cœur, les reins n'offraient rien d'anormal ; pas de sucre dans les urines, aucune disposition hémophilique.

Dans les premiers jours de novembre je pratiquai l'opération suivante : je fis sur le col une incision circulaire, décollai la vessie en avant, défonçai le cul-de-sac postérieur ; j'excisai le col comme pour une hystérectomie vaginale, puis j'incisai l'utérus sur la ligne médiane.

Je pratiquai au fur et à mesure de l'abaissement l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent ainsi entièrement respectés; perte de sang minime ; 5 ou 6 pinces de Kocher, appliquées sur les surfaces saignantes, et quelques tampons suffirent à assurer l'hémostase. La malade quitta la maison de santé à la fin de novembre ; elle eut au milieu de décembre, pendant 3 jours, de très petites pertes provenant vraisemblablement du fond et des angles de l'utérus. J'ai reçu tout dernièrement de ses nouvelles : les règles n'ont fait que marquer en mars, avril, mai et juin ; depuis aucune espèce de perte, la sensation de pesanteur a disparu, la marche est devenue facile, la guérison semble enfin définitivement acquise.

Les fragments de muqueuse excisés ont été examinés au laboratoire de M. Cornil au point de vue bactériologique par mon ancien interne M. Carrel : aucune des diverses méthodes employées ne permit de découvrir dans la trame de la muqueuse ni dans les tissus sous-jacents la moindre trace de micro-organisme ; la muqueuse n'offrait, du reste, à sa surface, aucune fongosité, aucune granulation, ni même aucune sécrétion pathologique. Nous n'avions certainement pas affaire à une métrite réinoculée dans l'intervalle des opérations successives ; les soins les plus minutieux avaient été continués après les curettages et je n'avais, pour ma

part, jamais constaté de suppuration de l'utérus ; l'examen histologique de la pièce nous permit de nous rendre compte de l'opiniâtre persistance des hémorrhagies. Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique: les glandes sont plutôt atrophiées ; le chorion, sur la plupart des coupes, est transformé en un tissu caverneux très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorrhoïdaires, ou encore dans la muqueuse uréthrale de certaines femmes.

La transformation caverneuse de la muqueuse utérine intervenant à la suite de l'inflammation chronique, ou en dehors d'elle, est une altération qui ne me paraît pas avoir beaucoup attiré l'attention des gynécologistes.

J'ai eu soin de parcourir les traités classiques récents de Schrœder, Schulze, Martin, etc., le livre pourtant si complet de Pozzi, le mémoire de Cornil sur l'anatomie pathologique des métrites, les *Annales de gynécologie* depuis 1887, etc. Je n'ai rien trouvé qui s'y rapportât. En 1891, Wild a publié, dans le *Medical Chronicle* de Manchester, deux observations de polypes utérins ayant subi la transformation angiomateuse, et noté que Barnes avait signalé des faits analogues.

Dans les deux cas de Wild, il s'agit de femmes jeunes, sans enfants, souffrant de métrorrhagies depuis plusieurs années : les règles, très abondantes, duraient de 7 à 10 jours et augmentaient l'intensité des douleurs dorsales d'ailleurs constantes.

En juin 1892, Cornil a présenté à la Société anatomique deux petites tumeurs utérines qui étaient de véritables angiomes superficiels. Enfin, tout dernièrement, a paru le trop court résumé du cas de Boldt, de New-York : les journaux nous disent seulement que Boldt enleva par hystérectomie vaginale un angiome caverneux de l'utérus à cause des hémorrhagies persistantes qui avaient résisté à toute une série de curettages utérins.

L'auteur note que c'est là un spécimen unique, à distinguer des angiomes caverneux. C'est là, en effet, une première

distinction qu'il importe de faire. Je n'envisage que les transformations caverneuses de la muqueuse survenant en dehors de toute espèce de néoplasme.

La structure angiomateuse n'est pas très rare, spécialement dans les tumeurs conjonctives, fibromes, myxomes et sarcomes; elle est plus exceptionnelle dans les épithéliomes. Néanmoins j'ai eu l'occasion d'assister M. Terrier dans une hystérectomie pour cancer de l'utérus pour ainsi dire transformé en tissu vasculaire. Mais, encore une fois, ce n'est pas de cette catégorie de faits que je veux m'occuper. Ceux de Wild et de Cornil rentrent plus dans mon sujet, car il paraît bien être question non de polypes néoplasiques, mais de polypes muqueux, liés à une endométrite et par suite d'origine inflammatoire.

Je rapproche enfin de mon observation la courte description anatomique que donne Delbet au chapitre *Endométrite hémorrhagique* du Traité de Chirurgie. Delbet signale que des vaisseaux de nouvelle formation et de forme très irrégulière prédominent au voisinage de la surface libre de la muqueuse; sa description est renforcée d'une figure d'après une préparation de Cazin.

Il est difficile d'être affirmatif sur la question de formations vasculaires nouvelles; la dilatation des vaisseaux normalement existants suffit bien à expliquer ce qu'on voit dans les préparations, mais ceci n'a qu'un intérêt théorique. La question pratiquement intéressante est celle-ci: à la suite de la métrite et peut-être même dans certains cas, sans l'intervention de celle-ci, la muqueuse utérine est susceptible d'acquérir une structure caverneuse. Cette transformation n'est pas un fait isolé en pathologie générale; nous avons déjà cité les angiectasies caverneuses de la muqueuse anorectale, celles des faux papillomes vasculaires de l'urèthre de la femme ou de la muqueuse uréthrale sans productions papillomateuses : nous pouvons en rapprocher les angiomes caverneux du foie, faux angiomes dont Hanot et Gilbert ont montré les relations étiologiques avec la congestion du parenchyme hépatique et les maladies du cœur.

A envisager tous ces faits en commun, on pourrait peut-être supposer que la transformation caverneuse est liée à la réunion de deux conditions essentielles : une modification de la paroi des vaisseaux, ordinairement de nature inflammatoire et toute une série d'augmentations brusques et répétées de la tension vasculaire dont, pour la localisation utérine, il faudrait peut-être chercher le réflexe dans les organes ovario-salpingiens.

Il y aurait là primitivement une sorte d'exagération de la vaso-dilatation réflexe qui constitue la menstruation, portant sur une muqueuse malade à capillaires et veines altérés et entraînant la dilatation définitive des vaisseaux.

Quoi que vaille cette pathogénie, le fait d'une dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine ne saurait être indifférent. Les parois des vaisseaux sont minces, purement fibreuses, sans élasticité, incapables par suite de réagir contre une augmentation brusque de la pression sanguine ; elles sont vouées à d'incessantes ruptures.

De pareilles altérations ne doivent pas être aussi rares que pourrait le faire supposer la lecture des traités. Chaque chirurgien a observé des cas où, malgré un curettage bien fait pour une forme de métrite qui est le triomphe de la méthode, à savoir l'endométrite hémorrhagique, la guérison n'est que temporaire, les ménorrhagies reparaissent, puis les métrorrhagies.

On suppose alors, si l'on s'est assuré qu'il n'est pas question d'une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine, que la malade n'a pas suivi avec assez de précautions le traitement post-opératoire, qu'elle s'est laissé réinoculer et le curettage recommence. On est surpris, comme je l'ai été plusieurs fois, de ne ramener avec la curette aucune fongosité, aucune granulation ; on obtient un certain sursis, puis les hémorrhagies se renouvellent.

C'est dans de telles circonstances qu'on a proposé la ligature des artères utérines, la castration et enfin l'hystérectomie vaginale.

L'électrolyse n'a donné aucun bon résultat chez notre malade, mais nous ne savons pas quelles intensités ont été employées. Je rejette bien loin la castration, tant qu'il ne s'agit pas de métrorrhagies engendrées par une lésion matérielle des annexes ; la suppression de la muqueuse angiomateuse me paraît la méthode la plus logique ; cette suppression peut être réalisée par l'hystérectomie vaginale ou par l'excision.

Dans l'excision simple, on laisse un peu de la muqueuse du fond de l'utérus, ce qui ne me semble avoir aucun inconvénient. Je ne sais pas si, chez mon opérée, la communication des deux entonnoirs utérins avec le vagin, qui existait encore sept mois après l'opération, a persisté et si par suite une fècondation serait à la rigueur possible. Je ne prétends pas sur un seul cas établir la supériorité d'un procédé, ni faire l'histoire clinique de l'endométrite caverneuse. Je fais appel à de nouvelles recherches, comme aussi j'invite mes collègues à faire examiner histologiquement la muqueuse utérine, chaque fois que des curettages bien faits n'auront pas réussi à supprimer les pertes d'anciennes métrites et que l'ovaire et la trompe auront été mis hors de cause.

NOUVELLE OPÉRATION APPLICABLE A LA STÉNOSE CONGÉNITALE DU COL DE L'UTÉRUS

Par **S. Pozzi.**

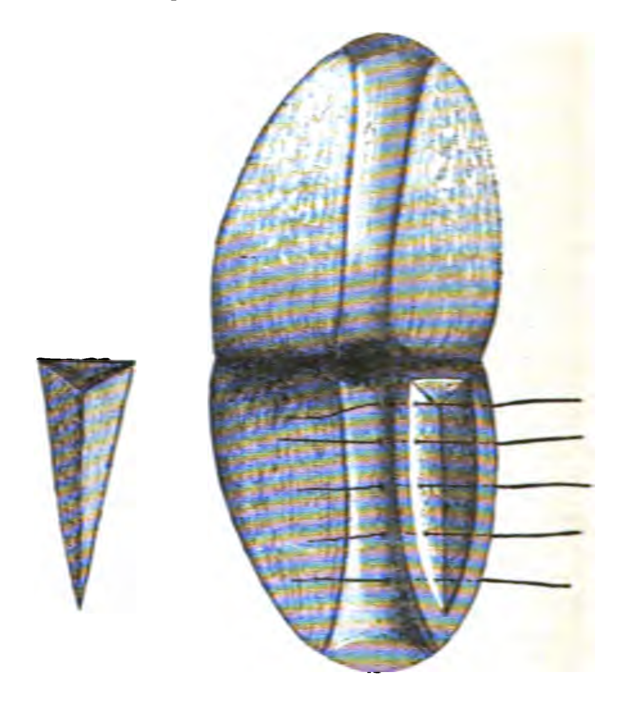
Cette opération, qu'on peut dénommer *évidement commissurale du col*, me semble applicable aux rétrécissements congénitaux de l'orifice inférieur du col. Elle comprend plusieurs temps :

1° Section bilatérale du col avec les ciseaux, d'où formation de deux valves, une antérieure, une postérieure ;

2° Excision des parties latérales de chacune des lèvres de l'incision d'un lambeau prismatique et triangulaire (voir la figure) ;

3° Suture de la muqueuse externe avec la muqueuse du canal cervical au moyen de fils d'argent qu'on fixe par des tubes de plomb.

Par ce procédé, on évite la reproduction du rétrécissement ; on a bien un état rappelant un peu celui consécutif à la déchirure du col pendant l'accouchement ; mais, comme le



processus réparateur est aseptique, comme la guérison a lieu par première intention, il n'y a pas de tissu cicatriciel, pas de métrite chronique, pas de déchirure concomitante des tissus voisins, par suite pas de troubles fonctionnels analogues à ceux décrits par Emmet à la suite de la déchirure du col, symptômes que ce chirurgien attribue du reste pour une bonne part à l'existence de ce qu'il appelle une cheville cicatricielle au fond de la déchirure.

DU MOLLUSCUM PENDULUM DE LA VULVE

Par **P. Mauclaire.**
Prosecteur à la Faculté.

Historique. — Le molluscum est une tumeur qui siège souvent au niveau des grandes lèvres ; elle fut décrite très vaguement par Willan, Pleuck, plus exactement par Bateman qui appela ainsi « une tumeur molle, peu nuisible, d'une consistance souvent élastique ». Dans une observation, il signala la contagion probable de la maladie et on admit dès lors une variété de molluscum contagieux. Mais la confusion persista, car Gibert décrivit une variété de molluscum qu'il appela stéarique. Ce fut Bazin qui le premier sépara nettement le molluscum pendulum des autres variétés : granuleux, stéarique, etc. Hillairet voulut réserver le nom de molluscum à l'affection dite pendulum et il distingua deux variétés : le pendulum ordinaire ou simple et le pendulum éléphantiasique.

Hardy, Hebra, Kaposi réservèrent le nom de molluscum à des tumeurs de la peau « *solides et de texture fibreuse* ».

Pour Recklinghausen, les différentes variétés de structure de molluscum dépendent de ses différents points de départ dans la peau et il pense que le molluscum solitaire est un lymphangio-fibrome et le molluscum généralisé un neuro-fibrome développé sur le trajet des nerfs. Aumoise (1) décrit plusieurs cas de fibromyomes et de myomyxomes de la grande lèvre ayant l'aspect du molluscum pendulum.

Besnier (1880) distingua le fibrome de l'hypoderme, le fibrome profond du derme, le fibrome superficiel du derme, qui est plus noir, plus volumineux et tend à devenir pendulum.

Michel, dans son article du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, admet, dans une première classe, le molluscum folliculaire (développé dans les follicules pileux);

(1) Thèse Paris, 1876. *Étude sur quelques tumeurs solides de la grande lèvre.*

2° le molluscum fibrome ; 3° le molluscum lymphoadénique très riche en vaisseaux lymphatiques. Le professeur Lannelongue a admis une variété caractérisée par la présence de tissu cartilagineux : ce sont les fibro-chondromes, vestiges embryonnaires, au cou et à la face.

M. Marfan (1), dans une remarquable étude sur le molluscum simplex de la grande lèvre, réunit tous les cas publiés jusqu'en 1882 et qui n'étaient guère qu'au nombre de douze environ, auxquels il faut ajouter plusieurs cas dont nous parlerons plus loin. (Bloch (2), Pilliet et Mauclaire (3), Oreillard) (4).

Boudet admet les idées de Recklinghausen et de Barry ; il considère le molluscum circonscrit et pendulum comme une sorte d'éléphantiasis local (Thèse Paris. 1884). Dans son article sur les tumeurs en général, M. Quénu (5) insista sur les dégénérescences possibles du molluscum : infiltration séreuse, muqueuse, graisseuse, ou calcifiée. De même, dans son article sur les tumeurs de la peau, M. A. Broca (6) rappelle les différentes variétés de structure du molluscum fibreux qui parfois est formé par du tissu myxomateux (cas de Wagner et Chambard, etc.), par du tissu musculaire lisse (au scrotum et aux grandes lèvres), (cas de Malassez, Pilliet, etc.).

M. Brocq dans son traité (7) décrit : 1° le fibrome molluscum généralisé; 2° le fibrome molluscum circonscrit et avec celui-ci le molluscum pendulum.

Quant à l'histologie des molluscum, elle fut étudiée par Virchow, Recklinghausen, Verneuil, Vanzetti, Hebra, Cornil, Ranvier, Malassez, Marfan et tout récemment Pilliet. Quant

(1) MARFAN. *Archives de tocologie*, 1882.
(2) BLOCH. *Progrès médical*, 1884, p. 693.
(3) PILLIET et MAUCLAIRE. *Société Anatomique*, 1892. p. 444.
(4) OREILLARD. *Société Anatomique*, 1893. p. 129.
(5) QUÉNU. *Traité de chirurgie*, t. I, p. 430.
(6) A. BROCA. *Traité de chirurgie*, t. I, p. 621.
(7) BROCQ. *Traité des maladies de la peau*, p. 542.

aux recherches bactériologiques, elles furent faites avec ardeur par la plupart des bactériologistes, mais sans résultat bien net, malgré les recherches de Neisser.

Classification. — Les fibromes de la peau se caractérisent souvent par leur aspect très spécial : ils sont mous et prennent alors le nom de molluscum ; parfois ils se pédiculisent, ce sont les molluscum pendulum. Pour éviter la confusion des classifications anciennes des tumeurs cutanées, il faut réserver le nom de molluscum au seul fibrome de la peau.

Développé au niveau des grandes lèvres *le molluscum pendulum est donc une tumeur qui, anatomiquement, est un fibrome du derme et qui, cliniquement, est caractérisée par des saillies de la peau plus ou moins volumineuses, bien pédiculisées, molles, ressemblant à des poches membraneuses flétries et dont la marche est essentiellement bénigne* (Marfan).

Étiologie. — Le molluscum, quelque soit son siège, serait plus fréquent chez les femmes et surtout pendant la période d'activité sexuelle, quand il se développe au niveau des grandes lèvres. La congestion des organes environnants au moment des règles a peut-être une influence. Le fait n'est pas démontré cependant. L'hérédité a un rôle important, elle est incontestable chez les malades de Hesselbach, Virchow, Hecker ; chez la malade dont l'observation est rapportée par Oreillard, les deux sœurs présentèrent un molluscum de la grande lèvre. Il faut aussi noter la coexistence fréquente de nævi pigmentaires ou vasculaires. Quant au traumatisme, il a une influence évidente comme pour la plupart des tumeurs. En effet, une observation de Taylor montre qu'au début, après un trauma, il s'était formé d'abord une tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané avec envahissement consécutif dans toute l'épaisseur du derme et saillie progressive au dehors. Dans les observations que nous avons compulsées, le siège est souvent à gauche. Est-ce par suite de la même cause traumatique qui rend les kystes de la glande de Bartholin plus fréquents à gauche? Le fait est possible pour certains cas.

sous forme de colonnes que se développerait le tissu fibreux. Dans son observation remarquable, M. Marfan a noté des faisceaux de tissu conjonctif avec quelques fibres élastiques. De plus, par places, la tumeur était au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Il est à remarquer que, sur une coupe partant de la surface de la tumeur, on voit bien que la couche épidermique est seulement amincie et non hypertrophiée.

En résumé, la tumeur est formée par tous les éléments fibreux du derme.

Les glandes sudoripares et sébacées sont tantôt intactes, tantôt rares, tantôt absentes, tantôt tiraillées, tordues, dégénérées. Les follicules fibreux sont également dissociés par les faisceaux fibreux du molluscum et en voie d'atrophie. Les nerfs sont en très petite quantité, ce qui explique le peu de sensibilité habituelle de la tumeur.

D'après une série de six pièces qu'il a examinées, Pilliet conclut que dans le molluscum toutes les couches mésodermiques sont prises. Aussi tous les molluscums ont-ils des caractères communs : la présence de la peau, tout entière, et des caractères différentiels qui reproduisent les différences mêmes de la peau prise dans les différents points du corps. Il s'ensuit qu'on pourrait à la rigueur diagnostiquer le siège d'un molluscum, d'après sa structure ; celui de la cuisse, avec son tissu fibreux, ne rappellera pas celui de la grande lèvre et du scrotum, avec leur tissu dartoïque.

Là où l'hypoderme est peu développé, c'est le derme qui s'hypertrophiera sous l'action des irritants et c'est un fibrome cutané qui se développera (exemple : dos du pied, de la main, poignet, cou-de-pied etc.).

A la nuque, au dos, le plan papillaire est très réduit, le derme très épais, c'est l'hypoderme qui réagit et c'est un lipome sous-cutané, pédiculé ou non, qui se développera.

Au scrotum, aux grandes lèvres, tous les tissus peuvent s'hypertrophier en même temps : aussi la tumeur contient-

Anatomie pathologique. — La tumeur que forme le molluscum fibrosum pendulum a une base large ou, au contraire, pédiculisée ; à la surface, la peau est souvent normale ; les limites de la tumeur sont nettes; celle-ci a une consistance uniformément molle, pâteuse ou plus solide. Le volume est variable, c'est celui d'une noix, voire même d'une orange ; la forme est celle d'un polype, quelquefois d'une verge, comme dans l'observation que nous avons rapportée dans la thèse de Chérot.

Sur la coupe, le centre du molluscum est formé par du tissu blanc jaunâtre, dur près du pédicule, mou à la périphérie, ressemblant légèrement au tissu de la glande mammaire. A la pression il sort à la surface de la coupe un liquide épais et blanchâtre.

La tumeur est très adhérente au derme, il est difficile de l'en détacher et de l'énucléer.

A l'examen histologique, la tumeur est formée par de larges mailles de tissu fibreux qui contiennent de petites cellules étalées à noyau ovale. Au début c'est du simple tissu cellulaire (Rokitansky, Virchow, Welt, Verneuil). Le point de départ de la tumeur est très discuté. Pour Rokitansky ce sont les espaces intercellulaires profonds du chorion; c'est le chorion papillaire pour Rindfleisch et Besnier; pour Fagge et Howse c'est la paroi conjonctive du follicule pileux; pour Virchow, Bazin et Kaposi c'est l'enveloppe celluleuse des lobules graisseux. Recklinghausen a établi des différences de structure entre les diverses régions du tissu conjonctif de la peau, autour des vaisseaux sanguins, des nerfs et des glandes : d'où les variétés de structure observées et pour lui, ainsi que nous l'avons vu à l'historique, le molluscum solitaire est un lymphangio-fibrome et le molluscum généralisé un neuro-fibrome.

La partie centrale du molluscum pendulum est formée par du tissu cellulaire récent et gélatineux ; la partie périphérique est plutôt formée de tissu cellulaire fibreux comme l'éléphantiasis des Arabes. C'est le long des lymphatiques et

couvert de tumeurs ressemblant bien à des molluscum, mais il n'y eut pas d'examen histologique. Dans le cas de Boudet, la malade présentait au niveau des grandes lèvres à droite et à gauche 4 à 5 tumeurs pédiculées ou sessiles et flasques ; elles étaient congénitales. De même, dans notre observation et dans celle de M. Marfan, les tumeurs étaient

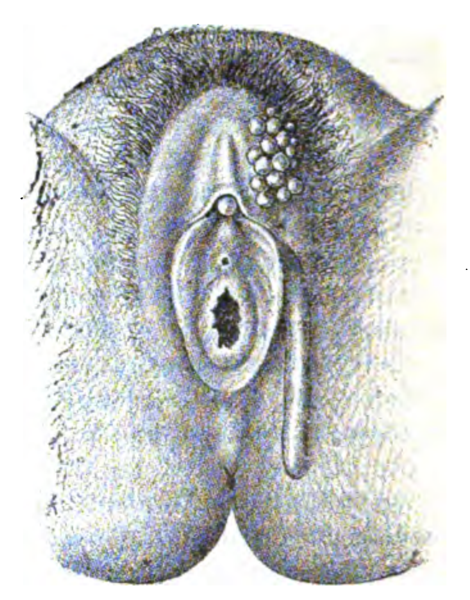


Fig. I. — Observation personnelle.

nombreuses et de plus la peau de la vulve présentait une coloration vineuse (fig. 1 et fig. 2).

Le plus souvent la tumeur est solitaire ; elle est arrondie, piriforme, lisse ou lobulée, pédiculisée. La peau est normale ou pigmentée, quelquefois sillonnée de veines bleuâtres ; elle est parfois lisse, ridée ou rugueuse, les poils sont espacés, les orifices des follicules sébacés sont élargis. Quelquefois la tumeur est aplatie. Au début, disent les malades, « c'était un petit bouton », mais peu à peu la tumeur s'accroit et elle peut parfois pendre très bas.

Dans le cas de Demoulin, elle descendait jusqu'au condyle

interne du fémur, son diamètre vertical était de 34 centim. et sa circonférence maxima avait 66 centim.

Au niveau de la grande lèvre le pédicule est aplati généralement et peut en occuper toute la hauteur, sa face externe se continue sans ligne de démarcation avec la face externe de la grande lèvre. Le pédicule d'insertion a souvent son grand axe vertical, par le fait de la pression probablement.

Parfois la tumeur est aplatie, mais elle est également lisse

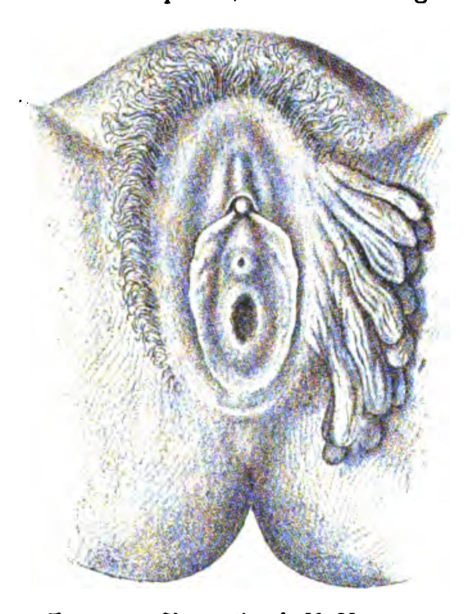


FIG. II. — Observation de M. MARFAN.

ou lobulée ; elle peut parfois prendre l'aspect d'une feuille ou d'une grappe de raisin.

Entre les saillies, au fond des plicatures qui les séparent, on voit souvent des érosions, des ulcérations même qui laissent écouler un liquide séreux parfois fétide.

Dans le cas de la malade opérée par le professeur Trélat (observation II de la thèse de Chérot), la tumeur, 3 heures après l'excision, présentait, sous l'influence d'une excitation, des contractions lentes et vermiculaires analogues à celles

du scrotum. Aussi M. Malassez donna-t-il à la tumeur le nom de fibro-myome.

MM. Lagrange et Duret, dans une observation de la thèse de Barry, citent des augmentations de volume répondant aux règles. Le fait est bien rare, mais possible, puisque souvent toute la région présente une coloration vineuse, proche parente de la coloration de la peau angiomateuse.

L'évolution de la tumeur est généralement lente, et au début celle-ci est ignorée du malade.

Le molluscum peut rester stationnaire, puis, sous une influence congestive ou traumatique, il double parfois de volume.

La régression de la tumeur n'a jamais été observée sauf dans le cas de suppuration ou de gangrène (Hebra).

Par suite de tiraillements, dépendant du poids de la tumeur, la circulation peut être interrompue dans le pédicule ; celui-ci se gangrène et la guérison naturelle du molluscum peut ainsi être observée.

Diagnostic. — Le *diagnostic* du molluscum simplex de la grande lèvre est facile. *L'éléphantiasis de la grande lèvre* envahit toute celle-ci, la tumeur n'est pas pédiculisée, elle n'a pas de limites précises. Il existe en même temps des lésions analogues du membre inférieur.

Les végétations vulvaires se reconnaîtront à leur très petit volume ; leur aspect en chou-fleur ou en crêtes de coq est caractéristique. En même temps on note d'autres lésions, c'est-à-dire des pertes blanches abondantes, des symptômes de blennorrhagie ou de syphilis secondaire.

L'angiome de la grande lèvre n'est pas pédiculé, il se vide à la pression, il n'a pas de tendance à augmenter de volume comme le molluscum, ni à se pédiculiser.

L'épithélioma, le *lymphangiome de la grande lèvre* n'ont également, outre quelques caractères particuliers bien connus, aucune tendance à se pédiculiser.

Disons enfin que l'*hypertrophie clitoridienne* peut, dans certains cas, simuler un molluscum pendulum de la grande

lèvre (Lannelongue). De même, dans l'observation que nous avons rapportée dans la thèse Chérot, le molluscum simulait une verge : aussi avons-nous donné à l'affection le nom de *faux hermaphrodisme par pseudo-verge latérale.*

Dans le cas de Barry, le molluscum paraissait sortir de l'orifice inguinal externe, mais le diagnostic était facile avec le kyste de la grande lèvre ou une hernie inguinale.

Pronostic. — Le *pronostic* du molluscum pendulum de la grande lèvre est peu grave. La tumeur, il est vrai, est gênante; MM. Marfan et Budin signalent, il est vrai, une congestion de la tumeur pendant les règles et pendant la grossesse; outre la gêne fonctionnelle souvent minime pour la marche et le coït, les frottements répétés déterminent des ulcérations qui parfois donnent lieu à des lymphangites, érysipèles, phlegmons, à des hémorrhagies abondantes, à des adénites de voisinage. La transformation sarcomateuse serait possible (Verneuil, Lagrange, Duret, Wagner, Malassez, Chambard). Dans un cas rapporté par Gilette, le molluscum aurait par son volume et ses tiraillements déterminé du vaginisme.

Disons qu'une fois enlevée avec son pédicule, la récidive de la tumeur est exceptionnelle. Cependant elle a été observée par Pollock. Enfin dans le cas de Villeneuve, la tumeur aurait pu gêner l'accouchement si elle n'avait pas été très mobile.

Traitement. — Le seul *traitement* du molluscum pendulum de la grande lèvre, c'est l'ablation. Actuellement l'écraseur linéaire n'est plus de mode pour les petites tumeurs, de même que l'ignipuncture et l'électrolyse. Il faut avec le bistouri circonscrire le pédicule de la tumeur, enlever celle-ci, puis tenter la réunion primitive, ce qui doit être presque toujours la règle, la tumeur présentant rarement une large base d'implantation. Il faut néanmoins, si l'insertion de la tumeur se prolonge vers le bulbe spongieux de la grande lèvre, éviter autant que possible de blesser celui-ci, car l'hémorrhagie en nappe qui se produit a gêné plus d'un opérateur dans le cas qui nous intéresse et aussi dans l'énucléation des kystes ou abcès de la glande de Bartholin. La tumeur

peut en effet présenter des prolongements d'insertion étonnants. Dans le cas rapporté par Demoulin l'opérateur, M. Jalaguier, dut, étant donné le volume énorme de la tumeur, faire la constriction du pédicule disséqué avec l'écraseur et sectionner la tumeur au-dessous. Le pédicule se prolongeait fort loin dans les parties molles du périnée, il adhérait fortement à la partie gauche du vagin et M. Jalaguier dut le disséquer en plein tissu érectile. Le prolongement, séparé du vagin, allait ensuite dans la fosse ischio-rectale, tout contre le rectum et l'ischion. La tumeur, qui était un fibromyxome, pesait 5 kilogr. et descendait jusqu'au genou.

Hâtons-nous d'ajouter que ces prolongements périnéaux sont tout à fait exceptionnels, car l'observation de M. Demoulin est la seule où ils existaient. Dans ce cas une récidive aurait été certaine si ces prolongements n'avaient pas été poursuivis jusqu'à leur origine.

NOTES ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES LÉSIONS DES OVAIRES ET DES TROMPES, D'APRÈS ONZE OBSERVATIONS D'OVARIOTOMIES (1).

(STATISTIQUE INTÉGRALE DE 1891)

Par MM. les Drs **L. Picqué**, chirurgien des hôpitaux,
et **P. Charrier**, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté (2).

(*Suite et fin.*)

4e Section

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur les observations que nous publions ici et qui sont la suite des observations déjà publiées cette année dans ce journal. Toutefois il nous a paru utile d'insister surtout sur quelques particularités cliniques que nos malades ont présentées.

Dans la première de ces observations le diagnostic fut porté sans peine : il était facile en effet de percevoir une

---

(1) Ces observations ont été recueillies par MM. Baudron, Roussan, Cazenave, Martin, interne de service à cette époque.

(2) Voir *Annales de gynécologie* 1893, nos de juin, p. 548, et août, p. 179.

énorme tumeur fluctuante irrégulière, ayant tous les caractères d'un kyste multiloculaire, et c'en était un. Avant l'opération la malade présenta de la fièvre et nous nous demandâmes, avec notre collègue M. de Beurmann, s'il ne s'agissait pas d'un kyste ovarique ayant suppuré. Toutefois à l'ouverture, cette hypothèse ne fut pas vérifiée, il n'y avait pas de pus véritable dans les nombreuses poches qu'il nous fallut vider. Nous ferons également remarquer que le pédicule ne put être lié facilement et que nous eûmes recours à la ligature en chaîne d'après le procédé de Wallich. Les suites de cette ovariotomie furent ce qu'elles doivent être en pareil cas : il y eut guérison rapide et réunion par première intention.

La seconde malade fut au contraire d'un diagnostic très difficile. En effet, si le médecin distingué qui nous l'adressa, le Dr Gueit de Méru (Oise), avait primitivement et avec raison porté le diagnostic de kyste de l'ovaire, et cela pour ainsi dire à l'insu de la malade qui se croyait enceinte, il n'avait pas tardé à modifier un peu son opinion à cause surtout des signes objectifs fournis par la malade. Lorsque nous la vîmes, en effet, nous fûmes frappés, et tous ceux qui l'examinèrent alors eurent la même pensée, nous fûmes frappés du développement uniforme lisse de l'abdomen. Il semblait que l'on eut affaire non pas à une tumeur pédiculée, mais bien à un néoplasme en cuirasse remplissant tout le ventre. Ni la palpation ni la percussion ne donnaient la moindre sensation de flot. La matité était presque absolue partout et ne subissait aucun changement lorsqu'on déplaçait la malade. Le toucher combiné avec le palper ne donnait aucun résultat. Devant cette apparence, on soumit la malade à un nouvel examen sous le chloroforme, et ici que l'on nous permette une parenthèse ; jamais à Pascal, où l'un de nous a eu souvent l'honneur de diriger le service, jamais on ne se décide à user de la fameuse laparotomie dite exploratrice, qu'en dernier ressort, et après avoir essayé en vain tous les autres moyens d'investigation que fournissent soit l'inter-

rogatoire minutieux de la malade, noté sur l'observation, soit l'examen simple, soit l'examen sous chloroforme. Après chaque examen, on dicte le résultat et on écrit le diagnostic porté après ces différents examens ; on ne peut de cette façon dissimuler aux assistants une erreur quand on la commet, mais aussi n'opère-t-on jamais sans nécessité.

Dans l'observation actuelle, malgré les difficultés et le peu de renseignements obtenus, le diagnostic écrit cependant fut le suivant : en 1re ligne, kyste volumineux uniloculaire très tendu ; en 2e ligne tumeur de l'épiploon. On éliminait donc l'hypothèse d'un énorme fibrome, malgré la dureté du ventre ; on éliminait cette hypothèse parce que, sauf cette dureté, rien dans l'histoire de la malade ne justifiait ce diagnostic : d'abord jamais d'hémorrhagie utérine, ensuite la cavité utérine était petite, enfin le développement très rapide du ventre excluait encore le fibrome.

Il restait donc le diagnostic de gros kyste énorme tendu et dur, ou bien tumeur de l'épiploon.

Dans ce dernier cas il est rare qu'il n'y ait pas d'ascite, il est encore plus rare que la tumeur soit lisse, régulière, et enfin symétrique. Ce dernier caractère très marqué était aussi contraire à l'idée d'un kyste volumineux à poche unique, mais en revanche cette idée avait pour elle la marche de la tumeur, son développement rapide survenant sans aucun trouble de la santé générale, sans aucun phénomène morbide autre que l'abdomen distendu.

La laparotomie, cette manière d'autopsie sur les vivants, montra un kyste énorme à poches nombreuses, mais avec une grande poche qui dominait les autres ; de plus la tension du kyste en expliquait l'immobilité, le caractère lisse uni ; enfin les cloisons limitant ces poches expliquaient que la fluctuation fasse défaut. Enfin ce qui expliquait encore la dureté, c'était la présence dans une poche d'une sorte de gâteau solide à côté de parties liquides ; c'était en résumé un myxome, un néoplasme ovarique auquel on avait affaire, et sa nature expliquait sa marche galopante. La guérison après un tam-

ponnement de Mickulicz fut obtenue en 31 jours, puisque la malade quitta l'hôpital le 16 février entièrement guérie.

L'observation III n'offre rien de particulier ni dans le diagnostic, ni dans l'opération, ni dans les suites qui furent normales. Insistons toutefois sur la largeur du pédicule qui nécessita, comme pour l'observation I, une ligature en chaîne et qui cependant une fois lié et abandonné ne donna lieu à aucun phénomène ultérieur. L'explication de la bénignité des pédicules larges rentrés dans l'abdomen pour les kystes ovariques par rapport à la gravité des pédicules rentrés dans les hystérectomies abdominales pour fibrômes s'explique par ce fait que le pédicule d'une hystérectomie abdominale présente la cavité utérine qui est une source constante d'infection; toutefois nous pensons que dans ces kystes multiloculaires volumineux il est bon, lorsque les manœuvres ont été prolongées, que la décortication des adhérences a été pénible et que le pédicule est long et large, de faire un Mickulicz et de le laisser 4 jours.

Rien de particulier non plus dans l'observation IV qui est calquée sur les précédentes.

L'observation V est un type d'ovariotomie facile grâce à la poche unique qui constituait le kyste.

L'observation VI au contraire est un exemple de tumeur maligne inopérable à cause des adhérences multiples contractées par elle avec l'intestin. On est en droit de se demander si les poussées de péritonite adhésive qui se sont succédées ne sont pas dues à l'état de la séreuse dont l'épithélium prolifère et qui secrète sans cesse le liquide ascitique considérable vidé 12 à 15 fois par des ponctions abdominales. Quoi qu'il en soit, la mort survenue le 8 novembre a confirmé pleinement le pronostic porté par l'un de nous et justifié sa conduite.

Il nous reste à signaler les trois dernières ovariotomies de notre série; ni la nature ni le volume des kystes dont il s'agit, ni surtout leur siège anatomique ne nous permettent de les comparer aux six observations précédentes.

En effet ce sont des kystes de moyen volume; ils n'étaient

pas libres, mais inclus en partie ou en totalité dans le ligament large.

Nous ne voulons pas insister aujourd'hui sur leur point de départ; ce qu'il y a de certain, c'est que leur ablation est difficile, qu'il faut, lorsqu'on se trouve en leur présence, rechercher le plan de clivage, c'est-à-dire le plan de décortication. Si on cherchait à pédiculiser ces kystes qui n'ont pas de pédicule, on commettrait une erreur grossière et on courrait risque de tuer la malade. Au contraire, une fois le plan de clivage trouvé, la tumeur sort de sa coque comme un fruit de son enveloppe; mais ici encore une remarque : souvent la coque est formée aux dépens du ligament large dédoublé, d'où hémorrhagie plus ou moins abondante, et en nappe. Pour avoir raison de cette hémorrhagie le meilleur procédé consiste à faire un surjet de catgut sur la surface cruentée.

Telles sont les quelques remarques qu'il nous a paru utile de faire ; puissent-elles servir à ceux qui liront ces observations.

Nous avons compris dans nos opérations une malade dont le kyste, rompu 55 heures avant la laparotomie, fut l'origine d'une infection péritonéale et d'une mort rapide; toutefois cette malade était dans un tel état de cachexie que même en admettant que l'opération se fût passée sans rupture du kyste, la mort n'aurait cependant pu être évitée dans un bref délai.

De même pour la nommée C..., qui mourut avant toute intervention après avoir respiré quelques bouffées de chloroforme. Cette femme était absolument mourante lorsque l'opération fut décidée.

Obs. I. — *Kyste multiloculaire très volumineux. Ovariotomie. Réunion par première intention. Guérison.*

La nommée R..., Marie, entrée le 22 avril 1890. Salle Pascal A, lit n° 13. Sortie le 30 juin.

Cette malade envoyée par M. de Beurmann est une femme très grosse. Elle est restée longtemps sans s'apercevoir d'une augmen-

tation de son ventre qui était en rapport avec son obésité, depuis six mois seulement elle s'en est inquiétée. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Aucun trouble autre que la gêne produite par cette immense tumeur qui dépasse l'ombilic. Cette tumeur est unie, fluctuante, et possède deux lobes principaux, l'un à droite, l'autre à gauche.

Les jours précédant l'opération, elle a eu la fièvre le soir jusqu'à 39°,2. La veille de l'opération 37°,5. — *Opération* le 9 mai. Une large incision, atteignant presque l'appendice xyphoïde, permet d'arriver sur la tumeur. On ponctionne successivement plusieurs poches, d'où sort un liquide chocolat. La tumeur peut être amenée au dehors ; le pédicule large, mesurant 15 centim., est lié par le procédé Wallich. Excision de la tumeur.

Réunion parfaite. La malade sort guérie un mois après sans avoir présenté aucun incident et aucun accident.

Obs. II. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire. Volume énorme de la tumeur. — Marche rapide. Ovariotomie. Guérison par première intention.*

La nommée D..., Alphonsine, femme T..., âgée de 35 ans, entrée le 5 janvier 1891. Sortie le 16 février 1891.

Cette malade fut adressée de Méru par le Dr Gueit à notre maître M. Picqué. Depuis trois mois, cette femme avait vu son ventre augmenter de volume avec une rapidité telle, qu'à son arrivée à Pascal elle semblait être au terme d'une grossesse normale, sauf un amaigrissement assez notable portant surtout sur la figure. La malade n'accusait aucun trouble fonctionnel appréciable.

Le Dr Gueit avait d'abord pensé à une grossesse, il rectifia ensuite son diagnostic et porta celui de kyste de l'ovaire.

Le 6 janvier, lendemain de son entrée à Pascal, la malade est examinée une première fois par M. Picqué, en présence du médecin de Méru. Ce qui frappe à la vue, c'est l'apparence uniforme du ventre : il est développé mais également partout, il semble qu'il y ait non pas une tumeur pédiculée mais plutôt une cuirasse lisse, tendue, sans inégalité aucune et présentant une dureté telle qu'on ne peut songer à une tumeur liquide. La palpation ne donne aucune sensation de flot même limité. La percussion est la même partout et révèle une matité presque absolue. Le toucher vaginal

combiné avec la palpation ne donne pas plus de renseignements. Enfin la circulation collatérale est peu développée, d'ailleurs il n'y a pas apparence d'ascite.

Un second examen fut pratiqué sous le chloroforme et ne donna pas de meilleurs résultats. L'absence de métrorrhagie, la cavité utérine petite ne peuvent faire penser à un fibrome; d'un autre côté la dureté empêche de croire à une tumeur liquide d'autant plus que l'abdomen est développé d'une façon symétrique. Deux diagnostics restent probables 1° kyste uniloculaire très volumineux, très tendu; 2° tumeur de l'épiploon.

L'opération est pratiquée le 19 janvier. Aussitôt le péritoine ouvert, on aperçoit la paroi tendue, nacrée d'un énorme kyste de l'ovaire. M. Picqué examine d'abord la tumeur en la contournant avec une main placée dans le ventre; il peut ainsi se rendre compte qu'elle se prolonge jusqu'au foie et se compose d'un grand nombre de poches que l'on ponctionne les unes après les autres. Le pédicule très mince est lié facilement. Suites opératoires excellentes. La tumeur pesait 8 livres 1/2. Myxome.

Obs. III. — *Kyste multiloculaire volumineux. Ovariotomie. Guérison.*

La nommée R..., Marie, âgée de 51 ans, entrée le 8 janvier 1891 lit n° 4. Opérée le 16 janvier, sortie le 8 mars.

Aucun antécédent, ni héréditaire ni personnel. Réglée pour la 1re fois à 15 ans, l'a toujours bien été depuis cette époque. Mariée à 18 ans. Depuis a eu 3 grossesses : la 1re se termina à 7 mois, les autres atteignirent leur terme et n'offrirent aucune particularité. Pas de pertes blanches. Pas d'hémorrhagies, ni métrorrhagies, ni ménorrhagies. Il y a 18 mois que la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté ; à cette époque elle présenta seulement de la fatigue, de la lassitude avec pesanteur dans le bas-ventre. Elle consulta le docteur Genet qui porta le diagnostic de rétroflexion, puis constatant que le ventre de la malade augmentait dans son diamètre, il porta le diagnostic de kyste de l'ovaire et l'adressa à M. Picqué, à Pascal.

Entrée le 8 janvier, opérée le 16 janvier. A son entrée on constate tous les signes d'un kyste de l'ovaire. Le ventre présente les dimensions d'une grossesse de 8 mois et l'opération est décidée pour le 16 janvier. La malade endormie, on pratique sur la ligne

médiane une incision de 7 centim. que l'on agrandit ensuite jusqu'à 12 centim. en contournant l'ombilic. On aperçoit une poche lisse tendue, ayant tous les caractères des kystes ovariques. M. Picqué fait plusieurs ponctions pour vider le kyste qui contenait plusieurs poches remplies d'un liquide épais, gluant. Avec beaucoup de peine on arrive à diminuer suffisamment le volume de la tumeur pour la faire saillir hors du ventre, on la sectionne ensuite au niveau de son pédicule en protégeant l'abdomen par des compresses. Une ligature en chaîne avait assuré l'hémostase (procédé de Wallich modifié). On met ensuite un tamponnement Mickulicz et on suture à trois plans la partie supérieure et inférieure de la plaie. Le pansement externe est changé le soir même. Le lendemain une mèche est retirée. Le 4e jour tout le tamponnement est enlevé. La malade, qui n'a pas cessé d'aller très bien, présente le 6e jour une petite ascension thermique dont l'explication est fournie le surlendemain par l'angle supérieur de l'incision qui ne s'est pas réuni et au niveau duquel deux points de catgut ont lâché. Cette désunion de l'angle supérieur empêcha la cicatrisation d'avoir lieu par première intention dans toute l'étendue de la ligne d'incision. La partie supérieure se réunit tardivement par deuxième intention, mais grâce aux soins apportés aux pansements de chaque jour, lorsque la malade quitta l'hôpital le 8 mars 1891, elle était complètement guérie et avait une cicatrice aussi solide et aussi linéaire que par premiére intention.

Obs. IV. — *Kyste multiloculaire. Développement rapide. Ascite peu considérable. Ovariatomie. Guérison par première intention.*

La nommée B..., âgée de 44 ans, entrée le octobre 1891, salle Pascal A, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la poitrine.

Antécédents personnels. — Règles toujours régulières jusqu'à il y a 3 mois; depuis ce temps, amenorrhée complète. Il y a 12 ans que son ventre a commencé à grossir en même temps que des douleurs apparaissaient, plus vives le soir et la nuit. Jamais d'hémorrhagie. Peu de pertes blanches. Constipation opiniâtre. Envies fréquentes d'uriner. Crises de nerfs fréquentes jusqu'à il y a 4 ans. État général bon. Appétit conservé. Embonpoint considérable (hémiplégie gauche incomplète : ramollissement cérébral).

Examen sous le chloroforme : tumeur énorme comblant en grande partie la cavité abdominale, bosselée, irrégulière ; fluctuation peu nette, paraissant rattachée au bord antérieur du foie par un pédicule large. Au toucher, tumeur indépendante de l'utérus dont on sent le fond au-dessus du pubis et un peu à droite ; kyste multiloculaire.

Laparatomie le 30 octobre 1891. Incision abdominale longue, un peu d'ascite. Ponctions successives, il s'écoule un liquide tantôt verdâtre, huileux, mais différent du pus, tantôt brun ou roussâtre, ou jaunâtre suivant la poche ponctionnée; une partie du contenu des poches kystiques étant évacuée par des ponctions au troquart, il est possible de sortir la tumeur tout entière en dehors de l'abdomen, et cette manœuvre est d'autant plus facile que le kyste n'a pas contracté d'adhérences, ni au pelvis ni à l'utérus. Ligature du pédicule au niveau de la corne utérine du côté gauche à l'aide de 2 fils de soie gros et serrés fortement. Suture au catgut des 2 feuillets du ligament large gauche pour arrêter l'hémorrhagie. Lavage du péritoine. Suture à 3 plans, suites de l'opération bonnes, réunion par première intention.

Malade sortie parfaitement guérie en décembre 1891.

Obs. V. (Résumée.) — *Kyste de l'ovaire. Kyste multiloculaire. Ovariatomie. Guérison.*

La nommée C..., Gemme, âgée de 37 ans, entrée à Pascal le 10 novembre 1891.

C'est seulement depuis 6 mois que la malade souffre d'une tumeur abdominale qui a augmenté petit à petit, occupant d'abord le côté droit pour envahir ensuite la ligne médiane et le côté gauche. Elle n'éprouve que peu de douleur mais seulement une sensation de pesanteur dans l'abdomen et l'hypochondre droit ; au moment de ses règles les douleurs sont plus vives. Elle a de plus des envies fréquentes d'uriner et une constipation assez intense.

A l'examen, tumeur volumineuse remplissant presque tout l'abdomen, mate à la percussion, fluctuante, très mobile. Au toucher, cul-de-sac antérieur et droit en partie effacé ; rien dans le cul-de-sac gauche. Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 14 novembre 1891. Incision très petite de 3 à 4 centim. On tombe aussitôt sur une poche liquide dont le contenu est évacué complètement par une ponction au trocart. La poche

est attirée ensuite facilement au dehors à travers la plaie abdominale et le pédicule est lié à l'aide d'un fort fil de soie. Suture à 3 plans.

Suites de l'opération bonnes. Réunion par première intention. Guérison parfaite. Malade complètement guérie.

Obs. VI. — *Kyste proliférant glandulaire de l'ovaire. Tumeur inopérable. Laparotomie seulement exploratrice. Guérison seulement opératoire.*

La nommée L..., âgée de 32 ans, sans profession, entrée le 28 septembre 1892, salle Pascal A, lit nº 23.

Cette malade entre dans le service portant une ascite considérable. Elle nous raconte qu'elle souffre depuis un an (époque à laquelle son ventre a commencé à grossir) et qu'elle a subi neuf ponctions qui donnaient une quantité de liquide de 12 à 15 litres dans les derniers temps.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Le début de son affection semble remonter à 18 mois. Un soir, en rentrant chez elle, elle fut prise d'une douleur abdominale très vive, sous forme de barre transversale, s'irradiant du côté des reins et de la jambe gauche. Les douleurs étaient tellement pénibles que le visage était décoloré et la voix très affaiblie. L'accès dura quatre heures. Le lendemain, tout était dissipé. Ces crises se répétèrent trois fois dans l'espace de cinq mois ; la santé était bonne dans l'intervalle, sauf les règles qui devinrent abondantes. Ce n'est qu'au mois d'octobre de l'année dernière qu'elle s'aperçut que ses jambes enflaient le soir et que son ventre grossissait. En même temps, elle éprouvait une sensation de plénitude abdominale continuelle et perdait l'appétit. Le ventre devenait énorme. On dut lui faire une première ponction, le 19 novembre 1890 ; cette ponction donna issue à 8 litres environ de liquide citrin et mousseux et le médecin constata une tumeur dure, rénitente, légèrement mobile, qui émergeait au-dessus du petit bassin, paraissant développée, surtout à gauche. Elle subit ainsi neuf ponctions (une par mois environ), le liquide était de plus en plus abondant. En mai de cette année, la malade vit pour la dernière fois ses règles.

Examen. — A son entrée dans le service, ce qui frappe surtout, c'est l'amaigrissement général faisant contraste avec le développement du ventre qui est énorme. *Faciès ovarique.* En examinant l'abdomen très distendu, on constate un développement

des réseaux veineux de la peau. Le ventre n'est pas étalé, comme dans l'ascite simple ; il est bombé en avant comme dans les kystes, et pourtant ce qui semble dominer, c'est l'ascite (matité, sensation de flot, tout y est) : c'est que derrière il y a une tumeur qui a été constatée, mais que l'état de distension du ventre ne permet guère d'apprécier. Tout au plus peut-on, en faisant la malade s'incliner sur le flanc droit, percevoir une tumeur rénitente, assez volumineuse, dont les contours sont impossibles à délimiter et le point de départ à préciser. Par le toucher, le canal vaginal est très dévié à gauche, l'utérus très élevé, on trouve un col mou et un peu effacé, les culs-de-sac ont perdu leur souplesse et à gauche surtout on trouve une tumeur dure et rénitente. L'utérus est immobile. La malade est très constipée, urine peu, mange à peine et souffre de sa jambe gauche dans la sphère du crural.

Le 1er octobre, M. Picqué fait l'incision abdominale, incision de 8 centim. Quinze litres environ de liquide citrin, mousseux, s'écoulent ; alors apparait, entre les lèvres de la plaie, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, lisse, d'un blanc rosé, couverte par places de membranes exsudatives. Du côté droit, il existe une plaque de la largeur des deux mains, gris verdâtre, de nature gangréneuse. Tumeur mobile par sa partie supérieure et flottant dans le reste du liquide comme un morceau de glace, mais implantée largement par la base et très adhérente. En introduisant sa main, M. Picqué constate que l'ablation est impossible, car elle remplit la cavité du petit bassin auquel elle adhère, couvrant tous les organes à la façon d'un couvercle.

L'ouverture abdominale est refermée en laissant à la partie inférieure de la plaie abdominale une mèche iodoformée pour assurer le drainage. La malade est restée à l'hôpital jusqu'au 20 octobre, rendant tous les deux jours par son drainage un litre environ de liquide. Sous l'influence du soulagement apporté par le drainage, la malade reprend courage, se remet à manger et prend des couleurs ; seules les douleurs rénales persistent, mais très supportables.

Le décès de la malade est survenu le 8 novembre.

Obs. VII.) — *Kyste paraovarien attenant au ligament large. Ovariotomie. Guérison.*

La nommée G..., Philomène, âgée de 34 ans, journalière, entrée le 4 avril 1890, salle Pascal A, lit n° 1.

La malade a joui d'une bonne santé. Il y a 4 ans, elle fut prise de vomissements incoercibles; la malade rend tout ce qu'elle prend. Ces phénomènes durent quelques jours puis disparaissent, laissant après eux un manque d'appétit très marqué. Il y a 15 jours, ces mêmes vomissements la reprennent, ils durent 5 jours. C'est à leur suite que la malade entre dans le service; elle ne se plaint que de ce que nous avons signalé et de sa perte d'appétit. L'état général est bon.

A l'examen on trouve une tumeur abdominale assez volumineuse, siégeant en avant et à gauche. La tumeur est dure et rénitente, on soupçonne la fluctuation. En combinant le palper au toucher vaginal, on constate que la tumeur est peu mobile; qu'elle provoque peu de mouvements sur le col, qui est effacé. L'hystéromètre indique une cavité de 9 centim. et une déviation utérine en avant et vers la droite. L'examen des annexes se fait facilement: du côté gauche, elles ne présentent rien de particulier; à droite on ne peut les atteindre.

En interrogeant la malade, on constate qu'elle ne s'est jamais aperçue de la présence de cette tumeur, qui est d'un volume très notable. En complétant l'examen, on ne peut arriver à sentir le fond de l'utérus et en essayant de mobiliser la tumeur on s'aperçoit qu'elle est située en haut et en avant de l'utérus.

Enfin on constate, par les divers mouvements provoqués, que la tumeur est indépendante de l'utérus et développée probablement aux dépens des annexes du côté gauche.

Ce premier examen est complété par un examen sous le chloroforme. Ici encore on ne trouve pas le fond de l'utérus. La tumeur est maintenant des plus mobiles. M. Picqué porte le diagnostice de tumeur kystique développée au voisinage des annexes du côté gauche.

22 avril. Laparotomie. Ablation des deux ovaires. Fond de l'utérus normal. A gauche on enlève au milieu de plusieurs petits kystes, après ponction, un kyste du volume des deux poings à contenu clair. Kyste ovarien tenant au ligament large par un pédicule effilé qui n'est autre que le ligament large allongé. La trompe est aussi kystique. A droite la trompe présente un hydrosalpinx assez volumineux.

22 au soir, 37°. Pouls 82. Vomissements bilieux, quelques douleurs

abdominales. Jours suivants : la malade s'alimente fort mal.

30 avril, premier pansement. Ventre ballonné. Section du fil profond. Légère désunion cutanée. Le reste est réuni par première intention. L'appétit est toujours très peu marqué. Potion de Todd et quinquina.

2 mai. Deuxième pansement. La plaie est complètement cicatrisée mais le ventre est toujours ballonné. Parésie intestinale. 3 mai, forte diarrhée, la malade va sous elle sans s'en apercevoir. 4 mai. L'incontinence des matières est complète. Apparition d'une eschare fessière (large comme une pièce de 5 francs). L'eschare est médiane. Cause pas connue, on l'attribue au décubitus dorsal de la malade et à son immobilité absolue, car la malade réagit fort peu. Les jours suivants rien de particulier, l'eschare s'étend et devient très profonde, le sacrum est dénudé. La malade n'accuse aucune douleur à ce niveau. 7 mai. Persistance de la diarrhée qu'il est impossible d'arrêter. 13 mai. On détache les parties sphacélées, la plaie bourgeonne. Le 14. Vomissements bilieux et verdâtres. État général mauvais, que rien n'explique. 17 mai. La malade a moins de diarrhée, commence à retenir ses matières, les forces reviennent. L'œdème des jambes a disparu (il n'y a jamais eu d'albumine). La malade sort complètement guérie le 14 juin. La malade a été revue depuis, elle jouit d'une santé excellente et ne présente rien de particulier du côté des organes génitaux.

Obs. VIII. — *Kyste dermoïde du ligament large. Ovaritomie. Guérison.*

La nommée G..., âgée de 25 ans, entrée le 15 avril 1890. Salle Pascal A, lit n° 21.

Première grossesse à l'âge de 17 ans, terminée heureusement par la naissance d'un enfant, n'a pas eu de suites ; a nourri son enfant, retour de couches après 6 mois. Deuxième grossesse à 19 ans Accouchement à terme d'un enfant vivant, qui est mort au bout de 7 jours, a eu son retour de couches 3 mois après.

Actuellement elle se plaint de douleurs dans le ventre, datant de son premier accouchement, siégeant dans le milieu et dans les deux côtés avec irradiation dans les reins et dans les cuisses, gênant la marche, l'obligeant à marcher courbée. Des pertes blanches, datant de sa première grossesse sont accusées par la malade.

On sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur repoussant l'utérus à droite. Cette tumeur est indépendante de l'utérus, lisse, fluctuante, elle remplit presque complètement l'excavation de ce côté. Elle est accessible au palper, elle occupe la fosse iliaque gauche ; paraît lisse, unie, fluctuante. Elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus à terme.

Opération le 2 mai 1890. L'incision de la paroi abdominale permet d'arriver sur la tumeur. C'est un kyste inclus dans le ligament large. On incise le péritoine du ligament et on commence la décortication de la tumeur. Cette dissection allait être terminée lorsque la tumeur se rompt laissant écouler un liquide blanc crémeux, paraissant être de la matière sébacée. La poche est totalement enlevée. La plaie du ligament large est fermée par un surjet. Lavage du péritoine à l'eau stérilisée. Drainage à la façon de Mickulicz et suture à étage ou surjet. Le soir de l'opération la malade a 37°,2, le facies grippé, le pansement est plein de sang, on ajoute de l'ouate et l'on fait une compression assez énergique sur l'abdomen. Le 4, pansement, on enlève les lanières du sac.

Le 5, nouveau pansement, on retire le sac du tamponnenement.

Le 9, troisième pansement, on coupe les fils profonds. Le pansement est répété tous les jours jusqu'au 1er juin.

Dans les premiers jours de juin la plaie est complètement réunie. Dans toute son étendue, la cicatrice est linéaire. La malade se lève et va au Vésinet.

Cette malade, revue dans les premiers jours d'août, est en parfaite santé; elle a beaucoup engraissé.

Obs IX (résumée). — *Kyste dermoïde du ligament large. Ovariotomie. Guérison.*

La nommée Aug..., Anna, âgée de 25 ans, entrée le 20 octobre 1891. Salle Pascal A, lit n° 28.

Mariée à 16 ans : dès le début de son mariage les règles ont été douloureuses, leucorrhée vaginale légère, dans l'intervalle des règles la malade se plaignait de douleurs très vives dans la région ovarienne droite. La malade s'adresse à M. Pozzi, qui diagnostiqua un kyste de l'ovaire droit, accompagné de rétroversion et salpingite gauche légère.

A son entrée dans le service, la malade se plaignait de douleurs

très vives qui rendaient du reste l'examen très difficile ; aussi la malade fut-elle endormie le 26 octobre. On put alors très facilement constater dans le cul-de-sac droit et incluse dans le ligament large une tumeur de la grosseur d'une orange, fluctuante et assez mobile.

La laparotomie fut faite le 28 octobre. Après incision de la paroi abdominale, M. Picqué découvrit le kyste, qui se présentait en effet inclus en partie dans le ligament large. Il fut ponctionné, décortiqué et le pédicule comprenant trompe et ovaire lié et enlevé. On vit alors qu'il s'agissait d'un kyste ovarien adhérent par sa base à la glande et à la trompe légèrement hypertrophiée. La paroi en était mince, transparente, et le liquide clair comme de l'eau (l'ovaire était rempli de petits kystes de la grosseur d'une tête d'épingle à une lentille, plusieurs étaient hématiques). Le ventre fut refermé, guérison par première intention.

La malade sort le 27 novembre absolument guérie.

Obs. X (résumée). — *Énorme kyste uniloculaire. Rupture du kyste avant opération. Ovariotomie. Mort.*

La nommée P..., femme C..., âgée de 40 ans, entrée le 5 janvier 1891. Salle Pascal.

La malade entre avec une anasarque généralisée des membres inférieurs et des parois abdominales, véritable œdème dur, rouge. Examinée le 9, M. Picqué décide qu'elle sera opérée le plus tôt possible, c'est-à-dire le 11, étant donné la dyspnée considérable, la gêne de circulation, etc., etc.

Le 11, la malade étant endormie, on l'examine à nouveau et l'on constate, à la grande stupéfaction de tous, qu'au lieu des signes très nets de kyste de l'ovaire, la malade offrait ceux d'une ascite considérable. L'explication en est fournie quelques instants après par la laparotomie, qui, une fois le péritoine incisé, laisse voir une grande quantité d'un liquide filant et visqueux, coulant avec peine, analogue au liquide de certains kystes de l'ovaire ; en même temps M. Picqué incise la paroi et, en explorant la cavité, rencontre des débris d'une poche considérable rompue sans doute pendant l'examen préparatoire.

Dissection laborieuse de la poche intimement unie à la vessie, déchirure et suture de celle-ci. Mort 36 heures après, dans le collapsus.

Autopsie, 24 heures après la mort. Rupture de la vessie sur une étendue de 12 centim. Péritonite généralisée.

Obs. XI (résumée). — *Cachexie par suppuration intarissable due à fistule persistante. Albuminurie. Urémie. Mort sous chloroforme.*

La nommée femme C..., âgée de 35 ans, opérée le 25 janvier, morte pendant l'opération, sous le chloroforme.

Salpingite suppurée ayant été ouverte par la laparotomie sous-péritonéale. Impossibilité d'énucléer cet abcès pelvien. Fistule persistante pour laquelle elle revient en janvier.

Cachexie extrême, albuminurie intense. Opération dans ces conditions.

5e Section. — **Opérations sur l'utérus.**

Il nous reste, pour compléter la publication que nous avons entreprise, à analyser et à publier sept opérations. Ces sept opérations se divisent: 1° en 3 hystérectomies vaginales dont 2 par morcellement pour fibromes, et 1 sans morcellement pour épithélioma; 3 hystérectomies vaginales, 3 guérisons ; 2° en 3 hystérectomies abdominales avec pédicule externe, 3 guérisons ; 3° une ovariotomie par la voie vaginale pour ovarite suppurée.

Cette ovariotomie vaginale, dont nous analysons l'observation en tête de la série, n'est pas pour nous une méthode de choix. Nous nous sommes décidés à la pratiquer à cause de l'intégrité des annexes d'un côté. Nous avions l'espérance de conserver ces annexes et d'enlever seulement la tumeur ovarienne qui siège à gauche.

Comme l'expérience l'a démontré une fois de plus, dès que le cul-de-sac fut incisé, le doigt introduit aussi loin que possible rencontra un véritable feutrage d'adhérences et malgré les tentatives répétées qui furent pratiquées, on ne put extraire l'ovaire malade; on se contenta de faire une large ouverture, et de placer, aussi profondément que possible dans le cul-de-sac de Douglas par l'incision ci-dessus mentionnée,

une mèche de gaze iodoformée qui ne fut pas tassée, et qui servit de drain.

Malgré le modeste résultat opératoire, cette intervention fut suivie d'une amélioration considérable, les douleurs disparurent, la tumeur diminua d'une façon notable et la malade quitta le service aussi bien que possible.

En présence d'un pareil fait, et en présence des suites favorables qui furent constatées, on est en droit de se demander si dans nombre de cas la rupture des adhérences, l'incision vaginale, le drainage, ne constituent pas une excellente méthode de traitement, puisqu'elle supprime les douleurs en conservant les organes.

Si nous passons maintenant aux trois hystérectomies abdominales, nous voyons que la guérison a été obtenue dans les trois cas, que dans les trois cas nous avons employé la méthode du pédicule externe et que nous n'avons eu qu'à nous louer de l'avoir fait. En effet, dans les deux premières hystérectomies abdominales, il y eut une congestion pulmonaire post-opératoire; dans l'observation I, cette congestion fut suivie d'une arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, et malgré les signes très nets de tuberculose pulmonaire constatés un mois plus tard, nous nous demandons si cette congestion est de nature bacillaire, ou de nature infectieuse : son apparition le 3e jour, son évolution feraient pencher vers la deuxième hypothèse; l'amaigrissement de la malade, l'oppression, la toux sont, au contraire, en faveur de la tuberculose; quoi qu'il en soit, il nous semble qu'un pédicule interne eût singulièrement augmenté les chances d'infection.

De même pour l'observation II. Il s'agissait dans ce cas d'un fibrome télangiectasique creusé de lacunes vasculaires considérables, c'est-à-dire d'un fibrome qui appartenait à la variété que Wirchow a décrite sous le nom cité plus haut. On sait combien ces fibromes sont sujets, une fois la cavité de l'utérus ouverte, à s'infecter et on comprendra qu'au lieu d'une congestion pulmonaire bénigne

suivie d'une défervescence prompte, on aurait pu avec un pédicule rentré voir survenir des accidents formidables.

La troisième opération offre un point très intéressant. Il s'agissait d'une démente, et nous avions espéré, avec notre collègue des asiles, qu'une hystérectomie pourrait influer d'une façon heureuse sur la manie chronique, la démence de cette femme. Il n'en fut rien et ainsi que le rapporte l'observation, elle voulut même se laisser mourir de faim.

Il nous reste à parler maintenant des trois hystérectomies vaginales. L'une d'entre elles fut pratiquée pour épithélioma du col, on fit l'hystérectomie totale avec ligatures par la méthode de Pozzi ; on fit ensuite un drainage du vagin avec de la gaze iodoformée, et la malade quitta l'hôpital en aussi bon état que possible.

L'observation II de ce groupe a pour objet une malade atteinte de métrorrhagies incoercibles avec pertes blanches. Aussi se décida-t-on à faire une opération complète, c'est-à-dire une hystérectomie totale : cette hystérectomie fut faite par la méthode dite de Péan-Segond, c'est-à-dire par morcellement, la guérison fut très vite obtenue. Sans accidents ni incidents.

Enfin la dernière observation est très intéressante : il ne s'agit pas à vrai dire d'une hystérectomie vaginale, mais mieux d'une myomotomie qui s'adressait à un fibro-myôme pédiculé, à un gros polype faisant saillie dans le vagin et dont la malade accouchait à chaque époque menstruelle. Ce polype avait peu à peu vu son pédicule se détacher du fond de l'utérus ; il en résultait que toute la partie de la tumeur qui était en rapport avec cette portion du pédicule ne recevant plus ses vaisseaux, s'était sphacélée : d'où odeur absolument fétide et menaces perpétuelles d'infection.

L'opération fut pratiquée dans des conditions relativement faciles ; pendant les 2 jours qui la suivirent des injections et des grands lavages eurent raison de la fièvre. La malade a complètement guéri et n'éprouve plus aucun symptôme pathologique.

OBS. I. — *Ovariotomie vaginale incomplète. Drainage, amélioration considérable. Guérison opératoire.*

La nommée M..., âgée de 27 ans, entrée le 22 septembre 1891, salle Pascal A, lit nº 17.

Réglée à 14 ans. Règles régulières, pas de pertes blanches. Mariée à 22 ans, bien portante jusqu'à son accouchement d'un enfant à terme, il y a dix mois. Peu de jours après elle commence à souffrir du côté gauche où elle avait déjà ressenti quelques douleurs. Ces douleurs s'accentuèrent aussitôt, augmentèrent d'intensité et devinrent plus fréquentes. Dans les derniers mois elles devinrent si aiguës qu'elles empêchaient le sommeil. Les douleurs sont unilatérales à gauche, continues, réveillées par la pression. Elles s'irradient du côté du rein et de la jambe gauche. La malade se plaint, en outre, de vertiges, de battements de cœur et d'étouffements.

A l'examen l'utérus est mobile, en légère antéflexion. Le col gros, entr'ouvert, pas d'ulcération; l'hystérométrie accuse 7 centimètres. Rien dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac droit, la trompe paraît légèrement augmentée de volume douloureuse à la pression. A gauche on trouve très facilement, et immédiatement au-dessus de la voûte vaginale qui est flexible et souple, une tumeur adhérente au pelvis et à l'utérus, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Cette tumeur est arrondie, dure, assez lisse et peu mobile, très douloureuse. Diagnostic d'ovarite.

Opération le 22 octobre. M. Picqué procède à l'incision de la muqueuse vaginale en arrière, sur le col utérin à un centim. 1/2 à peu près de l'orifice, détache la muqueuse jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal qui est fixé et incisé. Le doigt introduit dans le péritoine permet de constater l'absolue adhérence des annexes qu'il est impossible d'enlever comme on se le proposait d'autant mieux que l'utérus s'abaissait très difficilement. On introduit une lanière de gaze iodoformée pour faire le drainage, l'opération est terminée.

On laisse la malade trois jours au repos, et les jours suivants on lui fait des injections vaginales chaudes à 45°, suivies d'un drainage à la gaze iodoformée. La malade sort, le 21 novembre, très améliorée, le drainage a eu pour résultat d'amener la disparition des douleurs, et une grande diminution de la tumeur.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR FIBROME

OBS I. — *Hystérectomie abdominale pour fibrome. Guérison.*

La nommée L..., Marie, âgée de 39 ans, journalière, entrée le 13 octobre 1891, salle Pascal A, lit n° 8.

Réglée à 16 ans. A 22 ans, un enfant. En 1884, pertes de sang au moment des règles. En 1886, issue d'un polype fibreux après une huitaine de jours de coliques utérines accompagnées d'hémorrhagies assez abondantes. Le polype sorti spontanément était de la grosseur d'une orange. A la suite les douleurs disparurent ainsi que les pertes de sang. En 1890, réapparition des hémorrhagies aux époques menstruelles, qui durèrent jusqu'à 21 jours. Pas d'hydorrhée.

Actuellement maux de reins. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Envies fréquentes d'uriner. Règles abondantes au toucher. Tumeur de la grosseur d'un utérus gravide de six mois, régulière, lisse, assez mobile, et saillante dans le cul-de-sac. Col aplati, lèvre antérieure très allongée. Grossesse fibreuse.

Opération le 5 novembre. Hystérectomie abdominale à pédicule externe. Ablation de la tumeur du volume d'une tête d'adulte (il existait du varicocèle des ligaments larges). Pansement iodo-tanné. La tumeur enlevée pèse 2,500 gr., est formée par l'utérus dans le tissu duquel se trouve un myome gros comme une orange. Rien dans les annexes, mais après l'opération une congestion pulmonaire se déclare et malgré la cicatrisation, la toux, l'oppression persistent et la malade a des craquements humides au sommet. On la fait passer en médecine.

OBS. II — *Hystérectomie abdominale. — Congestion pulmonaire. Guérison.*

La nommée F..., Clotilde, âgée de 41 ans, cigarière, entrée le 7 octobre 1891, salle Pascal A, lit n° 10.

Réglée à 16 ans, jamais d'enfants. Jamais de fausses couches, pas de pertes blanches.

A son entrée dans le service, la malade souffre du ventre et de la jambe gauche. Règles régulières. Dans l'intervalle hydrorrhée continuelle, la malade rend quelquefois la valeur d'un verre à Bordeaux, envies fréquentes d'uriner. Au toucher : tumeur mobile, régulière, ayant la forme d'un utérus, grande de 6 à 7 mois. La

tumeur a une consistance égale presque fluctuante. Par le toucher vaginal on constate qu'elle remplit tous les culs-de-sac et fait corps avec l'utérus. La cavité utérine est dirigée en arrière et à gauche. Cathétérisme utérin 19 centimètres. On diagnostique une grossesse fibreuse. La malade raconte qu'au moment de ses règles la tumeur diminue. Le 20 octobre, premier jour des règles, on trouve 24 centim. 1/2 de la symphyse pubienne au sommet de la tumeur. Le 24, nouvelle mensuration à la fin des règles avec les mêmes points de repaire : la hauteur n'est plus que de 18 centim. En présence de ce fait on incline plutôt vers un fibrome à parois épaissies très vasculaires se gorgeant de sang comme une éponge au moment des règles.

Opération le 5 novembre. Hystérectomie abdominale, pédicule externe.

Examen de la tumeur. — On trouve à la coupe une coque grise, résistante, contenant dans son intérieur un liquide jaunâtre et ensuite, l'une au-dessus de l'autre, deux tumeurs fibreuses ankylosées, molles, ayant la consistance de la pulpe cérébrale et formées de vacuoles molles, pleines de sérosité citrine et de consistance gélatineuse. La tumeur pèse 1 kilogr. 900 gr. C'est un fibrome télangiectasique. Le 6 novembre la malade a une fièvre intense, des frissons, point de côté à gauche, on constate de la congestion pulmonaire. Elle est très oppressée. Todd. Ventouses. Cette congestion dure 15 jours.

Trois semaines après l'opération, chute des broches. La malade quitte le service le 15 décembre ; la cicatrisation est complète.

Obs. III. — *Hystérectomie abdominale chez une démente pour fibrome. — Pédicule externe. — Guérison.*

La nommée T..., femme C..., Marguerite, âgée de 42 ans, entrée le 6 décembre 1891, à Pascal, salle Bouley, lit n° 32.

Réglée à 12 ans. Vers 35 ans les règles commencèrent par être abondantes et duraient une dizaine de jours environ. Jamais la malade n'eut d'hémorrhagies dans l'intervalle des périodes menstruelles, pas de pertes blanches.

A son entrée à l'hôpital, on constate des signes très nets de fibrome. Le ventre est volumineux. On aperçoit très nettement, par la palpation, une tumeur dure, résistante, irrégulière, mobile, faisant corps avec l'utérus, sans ascite. L'utérus est très haut, on

touche le col très difficilement, il est appliqué derrière la symphyse pubienne. Rien du côté des annexes. Cette femme est en pleine démence depuis plusieurs mois.

Laparotomie le 8 décembre. Fibro-myôme très vasculaire, avec petits corps fibreux marronnés à la surface. Poids 1 kilogr. 500 gr. Pédicule extra-péritonéal.

La malade n'a eu jusqu'ici aucune amélioration du côté mental. Reste des journées entières sans prononcer un mot, elle mange à peine. Menacée de la sonde, elle se met à manger.

La chute des broches a eu lieu le 26 janvier.

Aujourd'hui la plaie est presque cicatrisée.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Obs. I. — *Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.*

La nommée L..., née Marie J..., âgée de 44 ans, couturière, entrée le 5 novembre 1891, salle Pascal A, lit nº 29.

Réglée à 14 ans ; à 24 ans un enfant, à 28 ans un enfant, à 29 ans un enfant. Il y a 18 mois, ménorrhagies abondantes ayant duré pendant 5 semaines. Pas de douleurs, pas de leucorrhée fétide. Les règles reparurent régulières après, cet accident dura pendant huit jours.

Actuellement perte de sang tous les jours depuis deux mois, pas de leucorrhée fétide, pas d'amaigrissement. Ulcération villeuse saignant au doigt. On diagnostique un épithélioma du col.

Le 15 novembre hystérectomie. Ablation de l'utérus (ligatures). Ablation des annexes. Drainage. Mèches de gaze iodoformée. La malade sort guérie le 2 décembre, au point de vue opératoire et local.

Obs. II. — *Corps fibreux de l'utérus. Polype du col. Hystérectomie vaginale par morcellement. Guérison.*

La nommée L..., H, âgée de 41 ans, infirmière, entrée le 17 novembre 1891, salle Pascal A, lit nº 1.

Réglée à 12 ans. A 21 ans perte considérable. Depuis 1881 pertes blanches, la malade accuse une pesanteur dans le ventre qui depuis 5 ans a commencé à grossir. Pertes blanches petites et plus abondantes.

Examen physique. — En palpant l'abdomen on trouve une tumeur dure, rénitente, indolore, assez mobile, dépassant la simphyse pubienne de 10 centim. environ. Cette tumeur est bilobée.

Au toucher vaginal : utérus élevé, peu mobile, col gros, mou, entr'ouvert, polype de la grosseur et de la longueur du pouce émergeant au dehors de l'orifice externe du col. On trouve dans les culs-de-sac la même tumeur dure, surtout du côté gauche où elle paraît incluse dans le ligament large. La tumeur fait corps avec l'utérus. Hystérométrie : 11 centim. 1/2. Diagnostic, corps fibreux.

Hystérectomie vaginale le 25 novembre. — Ablation de l'utérus par morcellement. Drainage à l'aide de lanières iodoformées. Une fois la tumeur enlevée on put reconstituer les deux lobes, l'un rèprésenté par l'utérus en état de grossesse fibreuse et l'autre plus petit par un fibrome enkysté à la partie supérieure et latérale gauche de l'utérus. Il existait 3 ou 4 fibromes sous-péritonéaux de la grosseur d'une mandarine à une noisette. Le polype était implanté sur la muqueuse du col, à 1 centim. environ au-dessus de l'orifice externe.

A la date du 29 décembre, la malade se lève se portant très bien.

Obs. III. — *Myomectomie pour fibromyôme utérin, sphacèle. Guérison.*

La nommée Raf., Ars., âgée de 40 ans, repasseuse, entrée le 18 mars 1890, salle Pascal A, lit n° 8.

En 1879, la malade accuse des phénomènes très aigus de pelvipéritonite pendant la journée, douleurs très violentes dans le basventre. Une forte métrorrhagie se déclare alors et on fait appeler un médecin qui peut l'arrêter. Repos au lit 4 mois 1/2. La malade guérit de ces accidents graves et s'est toujours bien portée jusqu'à il y a cinq mois, où la malade a commencé à perdre abondamment en blanc.

Mercredi la malade travaillait dans son atelier quand elle fut prise subitement dans l'hypogastre de douleurs violentes qui ont persisté jusqu'à hier.

Elle entre dans le service de M. Picqué le 18 mars. A un premier examen on constate que la malade perd un liquide abondant, roussâtre, fétide et empesant le linge. Le ventre est ballonné et douloureux. Des douleurs expulsives apparaissent par intervalles, et ont apparu ces deux derniers jours.

A son entrée on constate de l'amaigrissement, une perte de l'appetit, un léger mouvement fébrile.

Examen. — A la palpation tumeur dure, arrondie, plutôt à droite de la ligne médiane. Cette tumeur remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Malgré ce gros volume, la malade ne s'était jamais aperçue de cette tumeur qui n'est point douloureuse.

Liquide fétide et abondant.

Toucher. — Le doigt introduit dans le vagin est arrêté par une tumeur dure, un peu ramollie par endroits, du volume d'une tête d'enfant de 10 à 12 ans. On arrive assez difficilement sur le col de l'utérus, il est très dilaté et effacé. Par son orifice sort le pédicule de la tumeur qui est large et difficile à circonscrire. Il est fortemement serré sur le col.

Toucher et palper. — Il semble qu'il y ait ici deux tumeurs, l'une vaginale, l'autre utérine. Néanmoins, vu la propagation des mouvements provoqués, il est plausible d'admettre une tumeur en forme de sablier.

Cette exploration réveillant les douleurs expulsives, injections au sublimé (véritable irrigation). Piqûre de morphine. Réapparition des douleurs à la suite d'un nouvel examen, la tumeur est à la vulve. On continue les injections au sublimé, la malade se nourrit un peu.

21 mars. Température 38°,6. Opération sous le chloroforme.

Désinfection très soignée du vagin. Morcellement rapide de la tumeur sphacélée. L'utérus est débarrassé de la totalité de son polype, toilette minutieuse, lavages intra-utérins les jours suivants, la malade va bien mieux, les forces reviennent.

Température revenue à la normale. Convalescence rapide, marche de pair avec l'évolution utérine.

6 avril. La malade quitte le service, elle est complètement guérie, elle a engraissé.

N. B. — Il nous a été permis de revoir cette malade plusieurs fois dans l'année : la guérison s'est maintenue. La santé est excellente. A l'examen on trouve un utérus petit, mobile, qui ne semble pas être le siège d'un nouveau fibrome.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Technique de l'extirpation totale de l'utérus fibromateux.

Dans un de nos derniers numéros notre collaborateur, M. Du Bouchet, relatait la technique récemment proposée par un chirurgien américain, Lanphear, pour l'ablation totale de l'utérus fibromateux.

Nous trouvons aujourd'hui dans les *Annals of surgery* (novembre 1893), le résumé par un autre chirurgien américain, Edebohls, d'un nouveau procédé qu'il a communiqué au *Pan-American medical congress.*

Placer la malade dans la position de la taille.

Désinfecter soigneusement le vagin.

Désinfecter la cavité utérine, aussi loin que possible, par un curettage et une irrigation avec une solution de sublimé à 1 p. 2000.

Tamponner modérément la cavité utérine avec de la gaze au sublimé à 1/100.

Tamponner *fortement* le vagin avec de la gaze au sublimé à 1/1000.

Pas d'incision par le vagin.

La malade est placée dans la position de Trendelenburg.

L'abdomen est ouvert au-dessus du pubis par une incision suffisante pour permettre d'amener la tumeur à l'extérieur.

Étant donnée une tumeur ne pesant pas plus de 4 kilogr., avec des trompes et des ovaires sains, procéder comme il suit :

Ayant amené la tumeur à l'extérieur, on circonscrit deux lambeaux péritonéaux par deux incisions transversales du péritoine, passant l'une en avant, l'autre en arrière de la tumeur, chacune d'elles s'étendant d'un ligament large à l'autre. Ces lambeaux péritonéaux doivent être assez étendus pour permettre de combler facilement la perte de substance du plancher pelvien qui résultera de l'ablation de l'utérus.

Séparer le lambeau péritonéal de l'utérus, rejetant, hors de toute atteinte, la vessie et l'uretère en avant dans le lambeau antérieur.

Lier les artères utérines de chaque côté par une ligature sous-péritonéale au catgut, sans pénétrer dans le vagin, ce qui est rendu facile par la distension préalable qu'on a faite de ce dernier avec de la gaze.

Lier les ligaments larges en dehors des trompes et des ovaires par de fortes ligatures doubles au catgut.

Enlever après section l'utérus et les annexes d'une seule pièce.

Couper ras les 6 ligatures qu'on a placées.

Réunir les lambeaux péritonéaux par une suture continue de Lambert au catgut, allant du moignon d'un des ligaments larges à l'autre, fermant la cavité abdominale au-dessus des ligatures qui sont portées en bas dans le vagin.

Fermer la plaie abdominale.

Replacer la malade dans la position de la taille.

Enlever la gaze qui tamponne le vagin et placer une simple mèche de gaze, dans le but de drainer la cavité supra-vaginale sous-péritonéale.

Si les ovaires ou les trompes présentent des lésions infectieuses, les enlever dès que le ventre est ouvert et avant d'aller plus loin.

Si la tumeur s'étend au-dessus de l'ombilic, pesant plus de 4 kilogrammes, placer une ligature élastique sur le col après avoir taillé les lambeaux péritonéaux et amputer la masse de la tumeur. Cautériser le canal cervical avec le paquelin ou un crayon de sublimé corrosif et enlever le col suivant le modus faciendi décrit.

En cas de fibromes multiples ou de fibromes intra-ligamentaires remplissant l'excavation, commencer par énucléer quelques fibromes pour faire de la place, puis procéder comme devant.

Cette technique présenterait les avantages suivants :

Le danger d'une infection partie de l'utérus ou du vagin est supprimé ou, tout au moins, réduit à son minimum.

Les artères utérines sont liées facilement et avec sécurité.

L'opération est pratiquement exsangue.

L'occlusion du péritoine est aussi parfaite que possible et on n'y laisse pas de corps étranger.

Le traitement consécutif est réduit à rien.

HENRI HARTMANN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *octobre* 1893.

Laparotomie pour péritonite tuberculeuse.

M. Picqué communique le résultat d'une autopsie faite quelque temps après une laparotomie pour tuberculose du péritoine et des ganglions mésentériques chez une femme de 30 ans, opérée dans le service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière. Le début des lésions péritonéales paraissait remonter à l'année 1891, pendant laquelle la malade, après avoir joui jusque-là d'une bonne santé, entra une première fois à l'hôpital pour une tumeur non douloureuse siégeant dans le côté gauche de l'abdomen et qui fit penser à un rein flottant. Elle commença à souffrir du ventre peu de temps après le court séjour qu'elle avait fait à l'hôpital, où elle se décida à rentrer en janvier 1893, en raison de l'aggravation des douleurs et de l'augmentation considérable du volume de sa tumeur, qui avait notablement dépassé la ligne médiane pour envahir le côté droit de l'abdomen. Il y avait alors des signes pulmonaires assez nets et, par exclusion, on fit le diagnostic de tuberculose du péritoine avec masses ganglionnaires mésentériques.

M. Picqué fit une laparotomie exploratrice le 13 avril; il trouva de nombreux tubercules disséminés sur les deux feuillets du péritoine et une tumeur constituée en partie par des paquets ganglionnaires, avec des anses intestinales agglomérées par des adhérences. Les douleurs disparurent à la suite de cette intervention et la malade sortit de l'hôpital considérablement améliorée. Un mois après, elle revenait à Lariboisière avec un phlegmon gangréneux du cou et succombait le huitième jour aux accidents infectieux.

A l'autopsie, on put constater que les granulations tuberculeuses du péritoine avaient disparu presque entièrement et que la tumeur avait diminué des deux tiers.

M. Berger rapelle que la laparotomie est surtout indiquée, d'après l'opinion généralement admise, dans les formes ascitiques

et dans les formes à épanchement circonscrit, séreux ou purulent; les formes adhésives, au contraire, ne bénificient ordinairement pas de cette intervention.

M. Berger cite quatre cas dans lesquels il a pratiqué la laparotomie exploratrice pour tuberculose du péritoine. Dans deux de ces cas, il y avait un épanchement ascitique considérable, et les deux malades, un garçon de 16 ans et une jeune fille de 14 ans, sont dans un état de guérison absolue. Dans le troisième fait, il s'agissait d'une jeune femme qui présentait des phénomènes d'obstruction intestinale, sans épanchement abondant; la malade mourut le dixième jour après avoir présenté une légère amélioration. Dans le dernier cas, chez un adulte, la laparotomie a produit une amélioration sensible pendant un mois environ, puis le malade est mort, cinq mois plus tard; là encore il s'agissait d'une forme adhésive et on n'avait pu évacuer qu'une certaine quantité du liquide épanché.

En ce qui concerne le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, M. Berger cite les deux opinions principales qui ont été émises à ce sujet : celle d'après laquelle les tubercules sont en quelque sorte étouffés par le processus évolutif d'une péritonite adhésive se substituant à la forme ascitique, et celle qui admet que le liquide ascitique renferme des produits toxiques dont la suppression a pour résultat la cessation des phénomènes d'intoxication.

M. Picqué pense que l'on peut obtenir des succès par la laparotomie non seulement dans les formes ascitiques, mais aussi dans les formes sèches. Quant à la théorie de la substitution de la forme adhésive à la forme ascitique pour expliquer la guérison, elle ne s'est pas trouvée vérifiée dans l'observation que M. Picqué vient de communiquer.

Séance du 18 *octobre* 1893.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier, après avoir résumé une revue critique qu'il a publiée sur ce sujet en 1890, cite la statistique récente de Roersch qui porte sur 358 cas avec 253 guérisons. Il en résulte que, quoique ces faits restent inexpliqués malgré les explications proposées, il est indiqué d'opérer. Il est prouvé par des examens histologiques de Bum que la séreuse peut reprendre ses caractères normaux.

M. Routier relate enfin des expériences intéressantes de Kirchenski. Cet auteur a laparotomisé des lapins auxquels il avait préalablement inoculé le péritoine, et il a constaté qu'au bout de cinq à six jours les bacilles sont inclus dans les cellules, puis sont détruits; rien de semblable n'a eu lieu chez les animaux témoins.

M Bouilly. — Si l'on ignore encore le mécanisme d'après lequel a lieu la guérison des péritonites tuberculeuses après la laparotomie, l'on ne peut mettre en doute la réalité du fait, qu'il s'agisse de la forme ascitique ou de la forme sèche de la maladie.

Avant de vous en communiquer quelques cas, je m'occuperai un instant de deux points de pathologie qui se rattachent à de tels faits. De temps en temps, on observe chez les jeune filles une variété d'ascite, que déjà Cruveilhier avait remarquée et décrite sous le nom d'ascite des jeunes filles. Les deux premiers exemples que j'ai rencontrés, à cet âge, chez deux fillettes d'une douzaine d'années, s'étaient développés sournoisement et avaient disparu sous l'influence d'un simple traitement médical; malgré cette guérison j'étais resté persuadé que cette ascite devait être en rapport avec une affection tuberculeuse des trompes et des ovaires. Depuis lors j'ai eu l'occasion de voir deux autres malades semblables, et la laparotomie est venue confirmer mes prévisions, en me faisant découvrir deux salpingites tuberculeuses. Il ressort donc de ces constatations qu'il existe une ascite liée à la tuberculose des annexes de l'utérus et du petit bassin.

Quant à l'autre point auquel j'ai fait tout à l'heure allusion, il a rapport à la guérison spontanée de la péritonite chronique tuberculeuse, accompagnée ou non de liquide ascitique. J'en ai suivi assez longtemps un exemple qui mérite que j'en donne un résumé.

Au commencement de l'année dernière une femme de 28 ans venait me trouver en se plaignant de douleurs abdominales. Le ventre était gros et avait perdu sa souplesse; il contenait un peu d'ascite et offrait un empâtement diffus autour de l'utérus; l'état général de la malade avait faibli de telle sorte que, pensant à l'existence de kystes végétants inopérables, je ne lui prescrivis qu'un traitement médical.

Pendant quelque temps peu de changements survinrent; toutefois, l'état général semblait s'être un peu amélioré. C'est ce que je

constatai encore d'une façon plus manifeste au bout de cinq mois, en même temps qu'il était aisé de voir que la tuméfaction avait beaucoup diminué. Actuellement, cette jeune femme semble guérie.

Quant aux faits de péritonite tuberculeuse que j'ai laparotomisés, d'eux d'entre eux appartenaient à la forme ascitique. Le premier concernait une jeune fille de dix-huit ans, dont la tumeur liquide présentait les apparences d'un kyste de l'ovaire. Le ventre ouvert, j'ai trouvé dix à douze litres d'un liquide d'apparence chyleuse, un épaississement du péritoine, et sur la séreuse qui tapisse le petit bassin de nombreuses granulations. De plus, les trompes, dont l'une contenait des produits caséeux suppurés, étaient recouvertes des mêmes granulations. J'ai fait l'ablation des annexes et nettoyé le péritoine et depuis plus d'un an la malade est restée guérie.

Un second fait, présentant à peu près les mêmes symptômes, a été recueilli, cette année, sur une fille de vingt-deux ans. J'ai pratiqué la même opération avec le même succès.

La troisième observation que je possède est celle d'une femme dont la tuméfaction abdominale douloureuse et bosselée m'avait encore fait songer à un kyste proliférant. La laparotomie a rectifié cette erreur en me mettant sous les yeux les mêmes lésions tuberculeuses, sans accompagnement de liquide en quantité notable. Chez cette malade, j'ai cru devoir pratiquer un drainage, et pour le moment tous les accidents ont disparu.

De ces faits on peut conclure : 1° que les annexes de l'utérus sont souvent le point de départ de la forme ascitique de la tuberculose péritonéale du petit bassin ; dans ces cas, la laparotomie est suivie d'amélioration ; 2° que dans la forme sèche, l'indication de l'opération est d'autant moins formelle que la guérison spontanée est possible. Toutefois, on sera autorisé à opérer si les poumons sont intacts, si l'état général est satisfaisant et si l'affection s'accompagne d'accidents.

M. Bazy confirme, d'après quatre opérations, l'opinion de M. Bouilly sur l'origine tubaire fréquente. Chez ses malades la guérison a été obtenue et se maintient, la nature tuberculeuse ayant été démontrée par l'examen histologique et l'inoculation. Sur la possibilité de la cure spontanée, M. Bazy cite l'histoire d'une jeune fille de 22 ans ayant eu à 10 ans du carreau et restée asci-

tique depuis ; il a suffi d'une ponction pour amener la guérison, et il est probable que lors que la lésion crurale de l'ascite était spontanément guérie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 18[illegible].

Péritonite tuberculeuse avec ascite guérie par une injection de naphtol camphré.

M. Rendu présente à la Société une femme entrée dans son service de l'hôpital Necker au mois de mai dernier. La malade était maigre, avec le ventre distendu par une grande quantité de liquide. L'affection avait débuté par des troubles digestifs, des alternatives de diarrhée et de constipation. Le liquide ascitique était libre dans la cavité abdominale et, vers la région gastrique, on constatait un empâtement assez net au palper. Il existait un double épanchement pleural, et les lésions pulmonaires ne laissaient aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection. Après 8 ou 10 jours d'observation, M. Rendu retira environ 7 litres de liquide de l'abdomen et de suite il injecta 8 ou 10 grammes de naphtol camphré qu'il laissa dans la cavité abdominale. Une légère réaction fébrile se produisit, qui disparut très vite ; l'ascite ne se reproduisit pas, mais on put percevoir un gâteau péritonéal indiquant la présence d'une péritonite adhésive. Cette masse indurée ne persista pas longtemps, elle diminua peu à peu et disparut complètement.

Depuis lors, la malade a augmenté de poids d'une façon notable ; les épanchements des plèvres ont disparu, et la guérison est parfaite.

M. Fernet. — J'ai publié il y a quelques années un mémoire sur la tuberculose péritonéo-pleurale, et j'ai insisté sur la bénignité relative de cette manifestation et sur la disparition spontanée possible du liquide péritonéal. De plus, j'ai injecté le naphtol dans de nombreuses manifestations tuberculeuses, mais j'avoue que je n'oserais pas injecter le naphtol camphré dans le péritoine, ainsi que M. Rendu l'a fait avec succès d'ailleurs, chez ses malades. Je crois que ces injections sont douloureuses, et peuvent être dangereuses.

M. Le Gendre. — Quelques expériences me permettent de

m'associer à l'objection que vient de faire M. Fernet. J'ai injecté le naphtol dans la plèvre et le péritoine d'animaux, et je les ai vus succomber avec des accidents convulsifs, sans que l'autopsie permette de trouver la moindre lésion.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de juillet et d'octobre.

MAYGRIER. **Déchirure du sinus circulaire.** — L'auteur cite deux cas de cette lésion trop méconnue et sur laquelle Budin (1) a récemment attiré l'attention. Le 1er cas, qui est un rappel d'observation insuffisamment interprétée antérieurement, est celui d'une femme qui mourut d'hémorrhagie vers 8 mois 1/2 de grossesse. Or, à l'autopsie, on avait constaté que l'insertion du placenta était normale et que l'arrière-faix ne présentait aucune trace de décollement antérieur, si ce n'est dans un point très circonscrit, et au niveau de son bord. Les faits communiqués par Budin ont fait la lumière sur le mécanisme de l'hémorrhagie qui a tué cette femme : il y a eu assurément déchirure du sinus circulaire. Le second cas concerne une femme de 27 ans, IIpare, prise brusquement d'hémorrhagie sans cause constatable, et qui, malgré le repos, les lavements laudanisés, accoucha prématurément à 7 mois environ. Or l'examen du délivre permit de constater : 1° qu'il y avai insertion marginale (déchirure des membranes parallèle au bord du délivre) ; 2° que le sinus circulaire était déchiré en plusieurs points ; pas de traces de décollement du placenta.

Discussion. PORAK et BUDIN citent chacun un nouveau cas de déchirure du sinus circulaire, formellement démontrée par l'examen attentif du délivre. Budin ajoute que dans certains cas on ne trouvait qu'une ouverture sur le sinus circulaire et on voyait le caillot volumineux, qui occupait la face externe des membranes, pénétrer par cette ouverture dans l'intérieur du sinus. Dans les autres, le sinus était largement déchiré sur une longueur de 2 à 3 centimètres.

BUDIN. **Rotation exagérée de la tête pendant l'accouchement.** — L'auteur cite plusieurs cas dans lesquels la rotation, spontanée ou artificielle, de la tête n'a pas été suivie de la rotation du tronc. Ces cas sont groupés de la sorte :

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.,* août 1893, p. 156.

A. *Accouchements spontanés.* — Obs. I. — Présentation du sommet en position occipito-postérieure. Rotation de la tête qui se dégage en occipito-pubienne. Le dos est resté en arrière.

Obs. II. — Présentation du sommet en O.I.D.P. Rotation rapide de la tête qui se dégage en occipito-pubienne. Le dos est resté en arrière.

B. *Présentation du siège.* — Obs. III. — Difficultés pour la sortie de la tête : le dos est en avant, mais le menton au lieu d'être en arrière se trouve en avant et à droite. Mort de l'enfant. Autopsie.

C. *Application de forceps.* — Obs. IV. — Présentation du sommet en O.I.D.P. transformée en O.S. Application du forceps Tarnier. Occiput ramené sous la symphyse pubienne. Le tronc n'avait pas suivi le mouvement de rotation de la tête.

Obs. V. — Présentation du sommet en O.P. Application du forceps. Le tronc ne suit pas le mouvement de rotation de la tête.

Obs. VI. — Présentation du sommet en O.I.D.P. Application du forceps Tarnier. Le tronc ne suit pas le mouvement de rotation imprimé à la tête.

Obs. VII. — O.I.D.P. Application du forceps Tarnier. Tentatives infructueuses de dégagement en O.S. Rotation. L'occiput est ramené sous la symphyse pubienne; le tronc n'avait pas suivi le mouvement de rotation.

Obs. VIII. — Hémorrhagie interne de l'utérus gravide. Mort de l'enfant. Présentation du sommet en position postérieure. Application de forceps. Le tronc ne tourne pas.

D. *Rotation imprimée à la tête avec le doigt.* — Obs. IX. — Présentation du sommet en position postérieure. Rotation artificielle de la tête avec le doigt. Le tronc ne suit pas le mouvement de rotation.

Budin rappelle que l'explication de ces faits a été donnée dès 1872 par Tarnier (1) qui a démontré « d'une part, que le mouvement de rotation ne se fait pas seulement dans une grande partie de la colonne vertébrale, et d'autre part que cette rotation n'amène pas de compression de la moelle ».

Les expériences Tarnier, Ribemont[1], les examens anatomiques

1. *Note au Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XV, p. [illegible]. Paris 1872.

et les observations cliniques démontrent que cette rotation isolée de la tête ne comporte pas de dangers sérieux, mais l'auteur pense qu'il faut néanmoins l'éviter.

Discussion. GRESLOU a observé un fait] de torsion spontanée du cou dans un cas de O.I.D.P. L'occiput se dégagea en O.P. et immédiatement après se reporta brusquement à droite et en arrière.

LUTAUD fait un rapport sur un travail de M. Coromilas : **De l'emploi de la phénacétine comme traitement préventif de la fièvre puerpérale.**

BUDIN cite un fait dans lequel on avait donné, en moins de 20 heures, 10 cachets, chacun de 0,50 centigr. de phénacétine à une accouchée. Or cette dose excessive provoqua des accidents toxiques (vertiges, menaces de syncope, délire), sans empêcher le développement d'une septicémie liée à la rétention d'un cotylédon. L'extraction du cotylédon, suivie de l'écouvillonnage et du badigeonnage de la cavité utérine avec de l'huile créosotée, amena la guérison.

TAURIN. 1. Cite un cas de **disposition anormale du placenta**. Le délivre était irrégulièrement étalé en couronne selon l'équateur de l'œuf, les deux bords extrêmes n'étant séparés l'un de l'autre que par un pont membraneux de 3 centim. 1/2.

2. **Rachitisme intra-utérin.** — Il s'agit d'un fœtus expulsé à terme, qui présentait tous les caractères de l'achondroplasie, de la polydactylie des mains. Doigts et orteils courts, aplatis. Poids 1,120 grammes, longueur totale 36 centim. ; diamètres : O. F. 10 ; O. M. 11 1/2 ; B.P. 71/2 ; S. O.B. 8. Parmi les antécédents, le seul détail à noter est que le père est petit, très délicat et tousseur.

PAQUY. **Deux cas de cancer de l'utérus chez des femmes enceintes. Accouchement à terme et enfants vivants dans les deux cas.** — L'une des deux observations est celle d'une femme de 35 ans, IIIpare. Durant sa dernière grossesse, elle subit pour des hémorrhagies répétées, liées à une dégénérescence cancéreuse du col, *deux curettages de cet organe, le 1er à 4 mois de grossesse, le 2e à la fin du 7e mois.*

La néoplasie intéressait aussi le segment inférieur et avait donné lieu au développement de noyaux dans le paramétrium. *Accouche-*

ment à terme, naturel spontané, bien que la dilatation du col dût se faire seulement aux dépens de la portion droite, la portion gauche étant indurée et inextensible du fait de la néoplasie. Enfant vivant, pesant 3,250 grammes. Suites de couches normales.

Obs. 2. — X..., 36 ans, IIIpare. 2 accouchements antérieurs, spontanés et naturels. Dernière grossesse troublée par des hémorrhagies répétées, causées par une dégénérescence cancéreuse qui intéressait le col, la portion voisine du segment inférieur. Néanmoins, continuation de la grossesse jusqu'à terme, et accouchement spontané, d'une durée totale de 15 heures 10 minutes.

Enfant vivant, du poids de 3,400 grammes ; délivrance spontanée, suites de couches normales.

Porak, après avoir rapporté plusieurs observations qui montrent d'une part que l'accouchement ne marche pas toujours aussi simplement quand il y a complication de cancer de l'utérus et que, d'autre part, souvent la grossesse compliquée de cancer ne va pas à terme, déclare avoir pris pour base de sa conduite *le sort de l'enfant*. En conséquence, toute opération radicale contre le cancer durant la gestation lui paraît inopportune. Par contre, il admet les opérations palliatives dirigées contre certains accidents (hémorrhagies, écoulements abondants), de nature à hâter la cachexie de la mère et par suite à influer défavorablement sur le produit de conception. Charpentier juge, d'après son expérience personnelle, qu'il faut être très circonspect relativement au pronostic de l'accouchement dans les cas d'utérus cancéreux. Jusqu'à présent, il n'a jamais eu à intervenir. Lorsque le cancer est limité au col, il y aurait peut-être avantage, comme le faisait Schröder, à en faire l'amputation avant l'accouchement, afin de supprimer une cause possible de dystocie. Quand la dégénérescence est plus étendue, il n'y a pas de meilleure ressource, au cas de dystocie, que l'opération césarienne.

Guéniot insiste sur l'utilité des *incisions multiples et peu profondes* dans le cas de dystocie par cancer du col. Il faut s'appliquer à faire saillir et à sectionner successivement les bandes de tissu induré, toutes les brides nombreuses qui gênent la dilatation. Ce débridement successif, qui doit être très soigneux, qu'on continue, alors même que déjà on a saisi la partie fœtale avec le forceps, est très efficace. Quand la dégénérescence est trop

étendue, c'est la césarienne qui s'impose. CHARPENTIER, après avoir déclaré son peu d'enthousiasme, d'une manière générale, pour les incisions (inefficacité, dangers de rupture), envisage la question sous le point de vue de la *conduite à suivre pendant la grossesse*. Il pense que, conformément à la pratique de Schröder, Martin, etc., il serait bon d'intervenir pendant la grossesse, chirurgicalement, quand le néoplasme est localisé au col, dans le but de rendre l'accouchement plus simple (1). GUÉNIOT admet, en principe, l'intervention chirurgicale qui a pour but de supprimer le cancer pour faciliter l'accouchement, mais il craint que cette intervention ne puisse, du moins en certains cas, accélérer plutôt la dégénérescence et par suite compliquer les conditions de l'accouchement. CHARPENTIER fait remarquer que, cette intervention devant se faire vers le 7e ou 8e mois, c'est-à-dire quand l'enfant est viable, on a beaucoup de chances que le néoplasme ne soit pas tellement accéléré dans son évolution que la situation soit pire un mois après. Si les choses tournaient autrement, on pourrait toujours provoquer l'accouchement.

PETIT fait remarquer les résultats déplorables de l'intervention dans le cancer utérin pendant la période puerpérale. Quant à PORAK, il pose la question de la façon suivante : de deux choses l'une, à la fin de la grossesse, ou le cancer est limité et a laissé des parties du col intactes, ou il est très étendu, et dépasse les limites du col. Dans le premier cas, l'accouchement présente de grandes chances d'évoluer favorablement : donc aucune intervention radicale sur le cancer pendant la grossesse. Dans le second, pas plus d'intervention radicale, puisqu'on ne peut pas dépasser les limites du mal.

A propos du second point en discussion, influence du traumatisme sur la grossesse, Porack, Guéniot, Charpentier sont d'avis qu'on peut intervenir assez résolument. Ils citent un certain nombre d'opérations importantes qui n'ont en aucune façon troublé

(1) SCHRÖDER n'envisageait pas seulement les intérêts de l'enfant. Ainsi, pour la grossesse au début, il admettait une intervention absolument radicale, dans l'intention d'assurer la guérison définitive de la femme. Passé le 3e mois, il conseillait aussi l'accouchement provoqué, suivi après quelques jours de l'hystérectomie. *Lehrbuch der Geburshülfe*, 11e édit., 1891, p. 453.

R. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *octobre* 1893.

Laparotomie pour péritonite tuberculeuse.

M. Picqué communique le résultat d'une autopsie faite quelque temps après une laparotomie pour tuberculose du péritoine et des ganglions mésentériques chez une femme de 30 ans, opérée dans le service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière. Le début des lésions péritonéales paraissait remonter à l'année 1891, pendant laquelle la malade, après avoir joui jusque-là d'une bonne santé, entra une première fois à l'hôpital pour une tumeur non douloureuse siégeant dans le côté gauche de l'abdomen et qui fit penser à un rein flottant. Elle commença à souffrir du ventre peu de temps après le court séjour qu'elle avait fait à l'hôpital, où elle se décida à rentrer en janvier 1893, en raison de l'aggravation des douleurs et de l'augmentation considérable du volume de sa tumeur, qui avait notablement dépassé la ligne médiane pour envahir le côté droit de l'abdomen. Il y avait alors des signes pulmonaires assez nets et, par exclusion, on fit le diagnostic de tuberculose du péritoine avec masses ganglionnaires mésentériques.

M. Picqué fit une laparotomie exploratrice le 13 avril; il trouva de nombreux tubercules disséminés sur les deux feuillets du péritoine et une tumeur constituée en partie par des paquets ganglionnaires, avec des anses intestinales agglomérées par des adhérences. Les douleurs disparurent à la suite de cette intervention et la malade sortit de l'hôpital considérablement améliorée. Un mois après, elle revenait à Lariboisière avec un phlegmon gangréneux du cou et succombait le huitième jour aux accidents infectieux.

A l'autopsie, on put constater que les granulations tuberculeuses du péritoine avaient disparu presque entièrement et que la tumeur avait diminué des deux tiers.

M. Berger rapelle que la laparotomie est surtout indiquée, d'après l'opinion généralement admise, dans les formes ascitiques

et dans les formes à épanchement circonscrit, séreux ou purulent; les formes adhésives, au contraire, ne bénificient ordinairement pas de cette intervention.

M. Berger cite quatre cas dans lesquels il a pratiqué la laparotomie exploratrice pour tuberculose du péritoine. Dans deux de ces cas, il y avait un épanchement ascitique considérable, et les deux malades, un garçon de 16 ans et une jeune fille de 14 ans, sont dans un état de guérison absolue. Dans le troisième fait, il s'agissait d'une jeune femme qui présentait des phénomènes d'obstruction intestinale, sans épanchement abondant; la malade mourut le dixième jour après avoir présenté une légère amélioration. Dans le dernier cas, chez un adulte, la laparotomie a produit une amélioration sensible pendant un mois environ, puis le malade est mort, cinq mois plus tard; là encore il s'agissait d'une forme adhésive et on n'avait pu évacuer qu'une certaine quantité du liquide épanché.

En ce qui concerne le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, M. Berger cite les deux opinions principales qui ont été émises à ce sujet : celle d'après laquelle les tubercules sont en quelque sorte étouffés par le processus évolutif d'une péritonite adhésive se substituant à la forme ascitique, et celle qui admet que le liquide ascitique renferme des produits toxiques dont la suppression a pour résultat la cessation des phénomènes d'intoxication.

M. Picqué pense que l'on peut obtenir des succès par la laparotomie non seulement dans les formes ascitiques, mais aussi dans les formes sèches. Quant à la théorie de la substitution de la forme adhésive à la forme ascitique pour expliquer la guérison, elle ne s'est pas trouvée vérifiée dans l'observation que M. Picqué vient de communiquer.

Séance du 18 *octobre* 1893.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier, après avoir résumé une revue critique qu'il a publiée sur ce sujet en 1890, cite la statistique récente de Roersch qui porte sur 358 cas avec 253 guérisons. Il en résulte que, quoique ces faits restent inexpliqués malgré les explications proposées, il est indiqué d'opérer. Il est prouvé par des examens histologiques de Bum que la séreuse peut reprendre ses caractères normaux.

loppé aux dépens de l'autre ovaire. La torsion du pédicule de la grosse tumeur n'avait donné lieu à aucun symptôme appréciable.

P. MAUCLAIRE.

Kystes dermoïdes des deux ovaires. Laparotomie. Guérison, CAMELOT. *Journal des sc. méd.*, Lille, 1892, p. 81.

L'opération a présenté un intérêt véritable par suite de l'existence d'une sorte de diverticule vésical allant adhérer à la tumeur du côté gauche. La forme anormale du réservoir urinaire est évidemment la conséquence d'adhérences anciennes suivies d'un déplacement de la tumeur adhérente.

P. MAUCLAIRE.

Kystes de l'ovaire, par le professeur FOCHIER. *Lyon méd.*, 1892, p. 337.

Le diagnostic de l'affection avait toujours été hésitant. En 1885, on fit le diagnostic de fibrome, en 1886 celui de kyste de l'ovaire, en 1887 celui de tumeur fœtale. En 1891, la laparotomie montra qu'il s'agissait de deux ovaires kystiques en voie de dégénérescence papillaire. La paroi des kystes était très épaisse, la tension très considérable, de là l'analogie de la tumeur avec des fibromes. Au niveau du cul-de-sac postérieur, le kyste présentait des dépôts calcaires simulant les petites parties du fœtus. Guérison probablement définitive, car toute la tumeur a pu être enlevée.

P. MAUCLAIRE.

Kyste de l'ovaire traité par les injections iodées. (An intraligamentary ovarian cyst successfully treated with iodine injections), par R. RHETT. *New-York Med. Journ.*, 19 juillet 1890, p. 69.

Une femme de 28 ans, qui depuis longtemps souffrait de dysménorrhée, avait à diverses reprises, à l'occasion d'efforts ou de traumatismes intéressant l'abdomen, éprouvé des douleurs très vives dans le ventre ; en même temps l'abdomen était devenu plus volumineux, et la menstruation irrégulière. L'examen montra une tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen, étendue de la région inguinale droite au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au-dessous de la 12e côte. La laparotomie conduisit sur un kyste intra-ligamenteux de l'ovaire : une anse d'intestin adhérente fut libérée, le kyste vidé et incisé. Rhett procéda à son ablation, mais une hémorrhagie [illegible]se, produite à chaque tentative de dissection, l'affaiblisse-

ment considérable de la patiente, obligèrent à ne pas poursuivre l'ablation du kyste. L'abdomen fut suturé, et Rhett introduisit dans l'angle inférieur de la plaie deux tubes, l'un de verredans le cavité pelvienne, l'autre de caoutchouc, long de 7 pouces, dans la partie supérieure du sac.

Toutes les 4 heures on injectait une injection sublimée à 1/1000. et une fois par 24 heures une demi-once de teinture d'iode dans le sac. Au bout de 4 semaines, l'écoulement était devenu transparent et légèrement coloré en jaune, et la 6e semaine, la malade se levait, sans avoir jamais, depuis l'opération, ressenti de douleurs dans le ventre et sans qu'il y ait aucun signe de récidive de la tumeur.

Trois ovariotomies sur la même femme. (Ovariotomy performed for the third time on the same patient), par GEORGES BUCHANAN. *Brit. med. Journ.* Lond., 1891, II, 118.

Femme de 42 ans.

En 1877, on lui enlève un kyste de l'ovaire à pédicule long et grêle.

En 1882, nouveau kyste multiloculaire, du côté gauche.

Enfin, en 1891, troisième opération pour un nouveau kyste multiloculaire gros comme une tête d'adulte.

L'auteur pense que le premier kyste était paraovarien.

J. FAURE.

Torsion du pédicule dans 5 cas de kystes de l'ovaire. (Five cases of axial rotation of ovarian tumors occuring in the practice of M. Lawson Tait), par ROBINSON. *N.-Y. Med. Jour*, 16 Mai 1891, p. 565.

OBS. I — Mme N..., 61 ans, est atteinte d'un kyste de l'ovaire. Assez brusquement elle présenta des symptômes aigus, douleur, sécheresse de la langue, vomissements, abdomen distendu, douloureux, constipation. Pouls fréquent, fièvre. Le kyste a doublé de volume en 3 jours. Diagnostic de M. Lawson Tait : rotation de la tumeur ovarienne sur son axe amenant une torsion du pédicule et une hémorrhagie dans le kyste. *Opération.* On trouve un kyste volumineux plein de sang, à surface rouge foncé et présentant un commencement de gangrène. Le pédicule était tordu 4 fois sur lui-même. Guérison.

OBS. II. — Une dame de 78 ans avait déjà depuis un certain

temps une tumeur abdominale qui même, 6 mois auparavant, avait amené l'œdème de la jambe droite. Elle fut prise de douleurs aiguës dans l'abdomen, au moment où, se mettant au lit, son corps subit une sorte de torsion. Puis survinrent des vomissements. La tumeur s'étendait de l'appendice xyphoïde jusque dans le bassin. M. Tait diagnostiqua un kyste de l'ovaire ayant subi une rotation sur son axe, d'où torsion et étranglement du pédicule. L'opération confirma le diagnostic. Guérison, malgré l'âge avancé de la malade.

OBS. III. — Mme A..., 49 ans; a cessé d'être réglée il y a 19 ans; puis les règles ont reparu irrégulièrement depuis mai dernier. Augmentation du volume du ventre depuis un an. *Opération*. On trouva un kyste plein de caillots, étranglé et gangréné : le pédicule avait subi 5 ou 6 torsions; le kyste était adhérent au gros intestin et aux parois du bassin. Ces adhérences très nombreuses furent toutes détruites par M. Tait. On mit un drain. Guérison.

Il est impossible de savoir depuis combien de temps la tumeur était étranglée.

OBS. IV. — Mme D..., mariée pendant 38 ans, a eu son dernier enfant il y a 25 ans. Augmentation du volume du ventre depuis un an. Il y a 2 semaines apparaissent des douleurs dans la région iliaque droite. Diagnostic de M. Tait : tumeur du rein droit avec une masse pelvienne qu'on sent par le vagin. *Opération*. On trouve un kyste de l'ovaire droit avec un pédicule très long tordu comme un cordon ombilical. C'était un kyste multiloculaire qui contenait un pus épais.

La torsion du pédicule n'avait pas été suffisante pour amener l'étranglement. Pour Mr Tait, la rotation de ces tumeurs sur leur axe est produite par les alternatives de plénitude et de vacuité du rectum.

OBS. V. — Mme T..., 24 ans, mariée, a eu un enfant. Augmentation de volume du ventre. Douleurs dans le bassin et dans le dos. [illegible] Incision courte : on trouve un kyste qu'on ponctionne : [illegible] liquide verdâtre. Le kyste est adhérent de toutes parts. Les adhérences sont très vasculaires ; la paroi du kyste présente des taches sombres indiquant du tissu nécrosé ; le pédicule est en effet fortement tordu et le kyste ne reçoit plus guère ses vaisseaux que par les adhérences. Drain en verre. Guérison. [illegible] qui exista lors de l'accouchement de la femme, a [illegible] sa rotation pendant le travail.

Dans le cas de torsion du pédicule il est important d'être hardi, car il faut opérer rapidement.

Kyste de l'ovaire. (Ovarian Cyst in a woman aged 35 years, who had never menstruated and probably the cystic change had begun in the ovary), par James Oliver. *The Lancet,* 13 juin 1891, p. 1310.

Ellen M..., 35 ans, mariée depuis 15 ans, n'a jamais été enceinte. Il y a 18 mois elle fut réglée pour la première fois, et pendant 12 mois ses règles revinrent tous les 14 jours, durant 4 jours chaque fois. Pendant ces six derniers mois la malade a perdu du sang tous les jours. Depuis elle a grossi, et a ressenti quelques douleurs à droite. Actuellement le ventre est rempli par une tumeur volumineuse, fluctuante; la percussion n'est pas changée par la position de la malade. Le toucher vaginal montre que la tumeur est placée dans le bassin en avant de l'utérus. *Opération.* Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, adhérent en avant du péritoine pariétal. Drainage. Guérison. Contenu du kyste liquide et sanguinolent.

Il est probable que l'apparition des règles a été provoquée par la perturbation apportée dans l'ovaire par la formation du kyste. L'auteur a remarqué plusieurs fois que quand un kyste de l'ovaire se développe entre les feuillets du ligament large il en résulte une augmentation du flux menstruel ou même des pertes continuelles; ce qui est probablement dû à une compression des nerfs qui, placés dans la région des trompes, régularisent la fonction utérine.

Torsion du pédicule des tumeurs ovariques. (Uber mechanische Ursachen der Stieldrehung von ovarial tumoren), par R. Cario. *Cent. f. Gynæk*, 1891, nº 18, p. 347.

Il faut distinguer deux facteurs dans la torsion du pédicule des tumeurs ovariques : les facteurs prédisposants qui agissent lentement, et les facteurs efficients qui agissent brusquement et produisent la torsion. Parmi les premiers, on peut compter le poids et le volume de la tumeur (Freund), les mouvements péristaltiques de l'intestin (Olshausen), les changements de position, etc.

Mais pour que la torsion se produise effectivement, il faut l'action d'un facteur brusque, puissant. C'est ce qu'on observe dans le cas d'effort, quand toute la masse intestinale est comprimée et, presse contre la tumeur; dans l'accouchement, quand aux causes précédentes s'ajoute la vacuité subite de l'utérus; les mêmes effets peu-

vent être produits par l'évacuation de la vessie ou du rectum, etc.

R. L.

Régularité dans la spirale de torsion des pédicules tordus des tumeurs ovariques. (Das Gesetzmassige in der Torsion's spirale torquirter Ovarialtumorstiele). O. KUSTNER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 209.

Travail à rapprocher de celui de Freund (1). Les propositions formulées par Küstner sont tirées de l'analyse de 10 cas. Un certain nombre de ces tumeurs étaient extrêmement volumineuses, d'autres de moyenne grosseur, mais toutes assez grosses pour s'être déjà élevées au-dessus du petit bassin; 4 étaient situées à droite, 6 à gauche. Dans tous les cas, sauf un, et ici la tumeur ovarique se compliquait de fibromes multiples de l'utérus, la direction de la torsion du pédicule justifiait la règle suivante : *règle générale, le pédicule des tumeurs ovariques gauches se tord dans un sens, celui des tumeurs droites en sens contraire : la spirale produite par la torsion, pour les tumeurs gauches, marche de gauche a droite; pour les tumeurs droites, de droite à gauche.*

Le facteur essentiel dans l'accentuation de ces torsions typiques réside dans l'action produite par les mouvements intestinaux.

R. L.

Kyste de l'ovaire et carcinose généralisée, par AUGIER et DERVILE, *J. des sc. méd.*, Lille, 1891, p. 255.

M. Augier pense qu'il s'agit d'un vieux kyste dont un point a énormément proliféré, c'est-à-dire d'une forme véritablement infectieuse qui a pu envahir le foie, le poumon, etc. C'est en somme un kyste qui, à un moment donné, a subi une poussée nouvelle, mais qui, opéré au début, aurait guéri.

M. Duret est d'avis qu'il faut admettre plusieurs variétés de kystomes épithéliaux de l'ovaire et lorsque, après extirpation, il y a dégénérescence de la cicatrice, il faut bien admettre que le kyste était primitivement malin. P. MAUCLAIRE.

Cancer des ovaires. (O Sdruzenych primarnich Shoubnych nadorech vajecniku a jinych utrob brisnich), par YACLAV RUBESKA. *Sbornik Lekarsky*, 1891, t. IV, p. 161.

L'auteur rapporte 6 cas de tumeurs malignes des ovaires compli-

---

(1) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1890, p. 61.

quées de cancer de l'estomac ou de la vésicule biliaire. Sur ces 6 cas de tumeurs malignes ; 5 fois il s'agissait de cancer et 1 fois de sarcome à cellules fusiformes ; 4 fois la complication fut un cancer de l'estomac et 2 fois un cancer de la vésicule biliaire. Le diagnostic de la complication n'a été fait qu'une fois en même temps que celui des ovaires.

L'auteur conclut que :

1° La multiplicité des tumeurs malignes primaires dans l'abdomen n'est pas rare ;

2° Les tumeurs malignes des ovaires semblent favoriser le développement du cancer dans les organes ordinairement atteints de cette affection (estomac, vésicule biliaire) ;

3° Les troubles stomacaux dans le cours des tumeurs malignes des ovaires exigent un examen minutieux du suc gastrique et des masses régurgitées ;

4° En général, quand il existe ainsi une complication, l'intervention chirurgicale n'est pas suivie de succès ;

5° Dans les cas de cancer de l'estomac, il faut toujours chercher si les ovaires ne sont pas atteints.

Lipome de l'ovaire et de la trompe droite. (Lipoma all'ovaia ed ovidotto di destra), par F. PARONA. *Annali di ost. e gynec.* Milano, an. 1891, p. 103.

Ce lipome pesait 80 grammes. Il était sous-jacent à l'ovaire et à la trompe qui suivait le bord supérieur. Le malade avait en même temps un fibro-myome utérin. Parona fit l'ablation des annexes de chaque côté et le corps fibreux rétrocéda de volume. Cette variété de tumeur est bien rare pour l'ovaire, car les classiques n'en rapportent pas d'observation.

P. MAUCLAIRE.

Kyste dermoïde compliqué de torsion du pédicule et de péritonite. (Dermoïd cyst complicated by a twisted pedicle and consequent péritonitis), par DANIEL NELSON. In *Medical News*, Philadelphia, 3 mai 1890, t. LVI, p. 465.

Cette observation a trait à une femme de 57 ans, porteur depuis de longues années d'une tumeur abdominale et ayant eu trois poussées de péritonite. La laparotomie permit d'arriver sur une tumeur adhérente sur une grande partie de sa surface, à paroi épaisse et contenant une matière sébacée qui fit penser à un kyste

dermoïde. Le pédicule était très mince et semblait avoir été tordu trois fois sur lui-même. La malade guérit. De ce fait se dégage la conclusion suivante : chaque fois qu'une femme porteur d'une tumeur abdominale mobile fait sans raison une poussée soudaine de péritonite, il faut songer à une torsion du pédicule et opérer délibérément. P. N.

Kyste ovarique rare. (A case of unusually large ovarian tumor), par CHARLES BRIDDON. In *the New-York med. and surg. Journal*. 8 février 1890, vol. LI, p. 141.

Cette observation est remarquable par le volume considérable du kyste qui pesait 139 livres : l'abdomen mesurait cinq pieds, quatre pouces au niveau de sa plus grande circonférence.

La mort survint dans les 24 heures qui suivirent l'ovariotomie. P. N.

Sarcome de l'ovaire chez un enfant. (Sarcoma of the ovary in a child), par Ed. MALIUS. *Lancet*, Londres. 1890, t. 1. p. 1174.

Enfant de neuf ans, perdant depuis cinq mois du sang par le vagin. On crut à l'apparition des règles. Puis une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic étant devenue sensible, on fit une ponction qui donna du liquide sanguinolent. On pensa à une hématocèle et on pratiqua la laparotomie. Il s'agissait d'un sarcome kystique tenant à l'ovaire droit et qu'on extirpa par le morcellement.

L'opération fut suivie de mort. J. F.

CHIRURGIE ABDOMINALE

Kystes hydatiques du petit bassin. Laparotomie, par A. RIVIÈRE. *Lyon médical*, 1892, p. 223.

La tumeur siégeait derrière l'utérus, elle présentait le volume du poing et il fut impossible de la décortiquer et l'opérateur, M. Poncet, fit le drainage vaginal par la gaze iodoformée.

L'auteur fait remarquer que Davaine, Freund, Finsen disent dans leur statistique que les kystes du petit bassin sont dans les proportions de 10 à 27 0/0 aux hydatides en général. Ce qui peut faire soupçonner la nature du kyste, c'est l'absence d'hémorrhagie, la multiplicité des tumeurs et leurs localisations périutérines, leur induration spéciale. La localisation fréquente au petit bassin des hydatides abdominales est due évidemment à la simple pesanteur. P. MAUCLAIRE.

Péritonite aiguë, rapidement mortelle, chez un enfant, associée à un catarrhe vulvo-vaginal. (Case of acute, rapidly fatal, general péritonitis in a child, associated with vulvo-vaginal catarrh), par J. LINDSAY STEVEN. *The Lancet'* Lond., 1891, I, 1194.

Enfant de 4 ans, morte en quelques heures de péritonite suraiguë. L'autopsie n'a pu être faite, mais l'auteur éliminant, après discussion, la rupture de l'intestin, l'appendicite, etc., finit par incriminer un abondant catarrhe vulvo-vaginal. Le Dr Huber, en Amérique, a d'ailleurs signalé un cas semblable, suivi d'autopsie. On avait cru à une appendicite et fait la laparotomie. La mort survint et l'autopsie montra que le point de départ était l'orifice péritonéal de la trompe, enflammée elle-même avec le canal vulvo-vaginal. I. LE FAURE.

Laparotomie pour adhérences péritonéales. (Wiederholte laparotomie in Beseitigung von Magenbeschwerden in Folge von Netzverwachsung), par JAHREISS. *Munchener med., Woch.*, 1893, n° 10, p. 192.

Femme de 24 ans qui, quelques semaines après une laparotomie suivie d'extirpation d'un double pyosalpinx, fut prise de dysurie, puis de troubles gastro-intestinaux (perte d'appétit, vomissements, douleurs abdominales, etc.) qui ont sensiblement conduit la malade à la morphinomanie.

Attribuant tous ces phénomènes à la formation des adhérences après la laparotomie *antiseptique*, l'auteur rouvrit le ventre sur la limite de l'ancienne cicatrice et détruisit les adhérences très lâches dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Guérison radicale.

Deux cas de Tachycardie consécutifs à des laparotomies. (Due casi die Tachicardia consecutiva ad operazioni laparatomiche), par MANGIAGALLI. In *annali di ost. et gynéc.*, Milano, oct. 1892, p. 746.

L'auteur a observé cette complication deux fois sur trois cents laparotomies. La première malade, âgée de 40 ans, mourut avec un pouls ultra-rapide. La deuxième malade, âgée de 60 ans, guérit. Mangiagalli rapproche ces faits des troubles nerveux psychiques que l'on observe quelquefois après les graves opérations.

D'après lui, d'autres causes pourraient encore être invoquées, telles que le chloroforme, l'ouverture de l'abdomen et troubles dans la pression abdominale, surtout après l'ablation de grosses

[illegible]

P. M[illegible]

Hernie ventrale [illegible] en faveur de l'opération extra-péritonéale. Un cas. [illegible] par G.-M. [illegible] de New-York [illegible]

[illegible]

A. [illegible]

Cas de péritonite suppurée et tuberculeuse à l'appui de l'effet curatif de la laparotomie et du drainage. [illegible] par [illegible]

1er cas. — [illegible]

2e cas. — [illegible]

3e CAS. — Jeune fille de 15 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, très amaigrie et très malade. Laparotomie médiane. Lavage et drainage. Au bout de 10 jours, le drain est enlevé. La guérison survient rapidement et au bout de deux ans se maintient parfaite.

J. L. FAURE.

159 laparotomies. (A third series of peritoneal sections. Comparative study of one hundred and fifty nine consecutive cases), par BYFORD. *Médical Record*, 9 mai 1891, p. 533.

La 1re série comprenait 46 opérations complètes et 2 opérations incomplètes avec une mortalité de 17,08 0/0 pour le tout ou de 10,85 0/0 pour les opérations complètes. La 2e série comprenait 57 opérations complètes avec une mortalité de 14 0/0. La série actuelle comprend 52 opérations complètes et 2 incomplètes avec une mortalité de 9,25 0/0 pour le tout ou de 5,77 0/0 pour les opérations complètes.

Notons que tous les cas de mort sont survenus dans des laparotomies. Il y a eu en tout 46 sections vaginales complètes avec 1 cas de mort, ce qui donne une mortalité de 2,17 0/0. Dans une autre opération par le vagin, on ne put terminer par cette voie en raison de l'existence d'un kyste ovarique intra-ligamenteux, on dut avoir recours à une laparotomie et la malade mourut. Dans un des 46 cas on dut ouvrir la cavité abdominale pour énucléer un volumineux abcès ovarique au cours d'une hystérectomie vaginale. L'utérus n'en fut pas moins enlevé en totalité par le vagin. La malade guérit.

Ovariotomie abdominale. — Les ovariotomies abdominales ont donné une mortalité de 22 0/0. Ceci tient à ce que, sur les 35 ovariotomies abdominales, 10 s'étaient développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; de plus 9 fois on eut affaire à des tumeurs malignes, et 6 fois à des kystes dermoïdes; dans certains cas il existait aussi des adhérences.

Oophorectomie abdominale. — Il y en a 66 cas répartis dans les 3 séries avec 4 morts, dont 3 auraient pu être évitees. Dans la dernière série, il n'y eut aucune mort. Dans 4 de ces cas, on pratiqua avec succès l'hysterorraphie.

Hystérectomie abdominale. — 15 hystérectomies complètes furent pratiquées par voie abdominale avec 1 seul cas de mort, ce qui donne une mortalité de 6 2/3 0/0; on fit aussi 3 hystérectomies incomplètes, toutes 3 suivies de mort. L'auteur trouve que primitivement il avait tort, pour ces hystérectomies, d'opérer tous les cas

sans distinction ; c'est ainsi qu'il a opéré des fibromes d'un volume énorme, des annexes remplies d'un pus excessivement abondant. Mais si l'on écarte ces cas défavorables de tumeur maligne, l'auteur déclare que le pronostic de l'hystérectomie abdominale n'est pas si sombre qu'on l'a cru, et sa mortalité n'est que très peu plus élevée que celle de l'ovariotomie abdominale.

L'auteur rapporte ensuite quelques observations intéressantes.

Kyste de l'ovaire sous-péritonéal, remplissant le bassin, s'ouvre dans le rectum. Hémorrhagie profuse. Une des trompes, du volume du poignet, remplie d'une substance crémeuse. On suture le sac à la plaie externe. Trois tubes à drainage Mort en 3 heures.

Myomotomie et Oophorectomie. — Ablation d'un fibro-myome pédiculé de la grosseur du poing siégeant sur un utérus transformé en un corps fibreux remplissant tout le bassin. Section d'une partie de l'épiploon. On n'a pu enlever la grosse masse fibreuse. La malade va bien.

Abcès pelviens durant plusieurs années. Puis à l'examen on voit que la trompe gauche disparaît au milieu d'adhérences intestinales. On se contente d'enlever un kyste de l'ovaire droit, dont la malade ne s'était jamais plainte. Tout rentre dans l'ordre et la malade va bien.

Drainage. — Dans la première série, l'auteur a drainé 10 fois sur 27 laparotomies; dans la 2e, il a drainé 24 fois sur 41 opérations et dans la 3e il a drainé 25 fois sur 44 opérations. Donc sur 112 cas, il a drainé 59 fois, un peu plus de 50 0/0. L'auteur a drainé toutes les fois qu'il y avait une grande effusion de sang. La seule objection sérieuse contre le drainage est que ce dernier prédispose aux hernies. L'auteur se sert d'un tube en verre qu'il enlève au bout de 24 ou 48 heures et qu'il remplace pendant 8 ou 10 heures par une mèche en gaze iodoformée.

Dans certains cas des malades sont morts par hémorrhagie et auraient pu être sauvés par le drainage. L'auteur est donc convaincu de l'utilité du drainage dans certains cas.

De petites hernies sont survenues dans 3 cas : une oophorectomie, une ovariotomie et une hysterectomie.

Tumeurs abdominales. (Abdominal tumors, and conditions simulating the same, with anomalous features), par GILLIAM. *N.-Y. méd. Jour.*, 8 août 1891, p. 154.

OBS. I. — *Intestins agglutinés entre eux à la suite d'une péritonite.* Une femme de 50 ans présente une masse très distincte,

arrondie, située au milieu de l'abdomen ; elle semble en partie solide et en partie kystique ; elle ne paraît en rapport avec aucun organe; l'utérus est normal. Dès que l'auteur examina cette femme, il eut l'impression qu'il s'agissait d'un paquet d'intestins agglomérés et infiltrés, résultat d'une ancienne péritonite. Par percussion des masses kystiques, on obtint de la sonorité. Diagnostic confirmé plus tard par un examen nécroscopique.

Obs. II. — Un chirurgien, à l'ouverture du ventre d'une malade ayant une tumeur abdominale, se trouva en présence d'intestins agglutinés ensemble, en forme de fer à cheval à concavité supérieure, et au centre de l'abdomen un épanchement d'origine péritonéale. Tout dans ce cas avait fait faire le diagnostic de kyste.

Obs. III. — *Cysto-sarcome de l'utérus.* Une femme âgée de 53 ans portait une tumeur qu'on avait prise pour un kyste ovarien. Ventre volumineux, tumeur d'apparence kystique, dépasse l'ombilic; il y a un peu d'ascite. Contour de la tumeur un peu irrégulier. Utérus en antéversion. L'auteur ne peut faire un diagnostic précis. Incision exploratrice : beaucoup de liquide s'écoule du péritoine ; on trouve 2 gros kystes, 3 autres plus bas et dans le bassin un nombre considérable de kystes au niveau du ligament large. Les plus gros kystes partaient du fond et de la face supérieure de l'utérus auquel ils tenaient par des pédicules charnus épais et friables. On ne put enlever ces tumeurs ; on referma l'abdomen. La malade mourut au bout de quelques mois.

Obs. IV. — *Kyste dermoïde communiquant avec la cavité utérine.* Une malade, de 30 ans présente une masse dans le côté droit de l'abdomen. Utérus normal. La tumeur paraît partiellement kystique, mais elle change : tantôt l'élément solide, tantôt l'élément kystique prédomine. Le diagnostic fut hésitant entre kyste dermoïde et grossesse extra-utérine (la malade en effet était mal réglée depuis quelque temps, elle avait des tranchées et perdait un peu de sang par l'utérus). Tout à coup elle perdit par le vagin une grande quantité de liquide verdâtre contenant des cheveux, des flocons et une membrane. La tumeur abdominale avait en même temps bien diminué de volume. La tumeur se remplit et se vida ainsi plusieurs fois. Le kyste dermoïde devait être développé dans la trompe de Fallope et c'est par elle qu'il se vidait.

Obs. V. — *Tumeur ovarienne encapsulée.* Une malade de 57 ans avait une tumeur abdominale depuis 5 ans. Ventre très gonflé ; on trouve tous les signes d'une tumeur kystique. Le col utérin est appliqué sur le pubis ; en introduisant le doigt entre ces deux organes, on trouve une substance dure. Le déploiement de l'utérus en avant fait penser à une production intra-ligamenteuse, pendant que la durée de l'infection permet de croire à une tumeur fibro-kystique de l'utérus. L'incision étant faite, on tombe sur une tumeur remplie d'adhérences ; en agrandissant l'incison par en haut l'auteur s'aperçut qu'il avait affaire à un kyste contenu dans le ligament large ; mais en approchant de la base de la tumeur, la membrane capsulaire disparut, et on trouva un amas de kystes entourant le pédicule. La tumeur fut enlevée. La capsule qui entourait la tumeur était probablement d'origine inflammatoire.

Obs. VI. — *Hématocile suppurée encapsulée.* Une femme de 55 ans, qui n'avait jamais eu d'enfants se trouva brusquement mal, et bientôt apparut une tumeur s'étendant au-dessous de l'ombilic ; il y avait de la fièvre ; la malade eut des frissons et alla rapidement plus mal. Vomissements, diarrhée : tympanisme abdominal. Utérus immobilisé. Incision abdominale ; on trouva la tumeur d'aspect grisâtre adhérente à la paroi abdominale. On ne put détacher la tumeur du bassin, auquel elle adhérait intimement. Dans l'épaisseur de la tumeur on trouva du pus.

Obs. VII. — Une tumeur pelvienne, se développant concurremment avec une grossesse, obligea, au terme de celle-ci, à faire l'opération césarienne. Nature de la tumeur inconnue.

Obs. VIII. — Kyste de l'ovaire contenant dans son intérieur un grand nombre de petits kystes.

Obs. IX. — *Péritonite tuberculeuse ; épanchement limité, rate déplacée et hypertrophiée.* Marie W., 18 ans ; fièvre hectique, amaigrissement, prostration. Abdomen distendu et dur. Tumeur abdominale s'étendant du bassin au-dessus de l'ombilic. Matité dans cette région ; au-dessous de la tumeur solide il y a un épanchement, car on sent de la fluctuation. Incision de la paroi abdominale ; on trouve une tumeur arrondie, adhérente de toutes parts : c'était la rate ; une grande quantité de liquide s'échappa de dessous la rate. Les intestins agglutinés étaient au-dessous de la rate. Péritonite tuberculeuse.

Contribution clinique à l'étude du traitement opératoire du papillome du péritoine. (Zur Kasuistik der operativ Behandlung der Peritonealpapillome), SUTUGIN. *Cent f. Gyn.*, 1890, nº 23, p. 409.

Ce travail est basé sur une observation intéressante en raison surtout du résultat obtenu. Elle a trait à une femme âgée de 23 ans, mariée depuis 6 ans et ayant, 4 années auparavant, fait un avortement à 3 mois de grossesse. Déjà, avant l'avortement, elle avait ressenti des douleurs abdominales qui disparurent avec l'expulsion de l'œuf. Mais, depuis deux années, de nouvelles douleurs, sujettes à des crises paroxystiques, ont apparu dans le ventre. A l'examen, on constate : 1) *Inspection et palper :* une augmentation générale mais irrégulière du ventre ; la présence dans le flanc gauche d'une tumeur kystique, de la grosseur environ d'une tête de fœtus à terme, et le siège d'une très grande sensibilité ; la présence d'une certaine quantité de liquide, *libre,* dans l'abdomen ; 2) *exploration bimanuelle* : utérus en antéflexion, peu augmenté de volume, peu mobile, et comme soudé aux tissus voisins ; cavité utérine, 8 centim. La tumeur kystique paraît s'insérer largement au niveau du cul-de-sac gauche épaissi. Le ligament large droit est épaissi, et cet épaississement se continue dans le cul-de-sac postérieur ; en aucun point, on ne sent de nodosités dures.

Diagnostic. Avec certaines réserves : kyste tubo-ovarique, compliqué soit de pelvi-péritonite de nature tuberculeuse, soit une affection papillomateuse. — *Laparotomie.* La tumeur kystique, fortement soudée au ligament large gauche, adhère également à la paroi abdominale, à l'épiploon et à des anses intestinales. Sur le feuillet pariétal du péritoine, à droite de l'ombilic, on trouve des végétations papillomateuses, variant du volume d'un pois à celui d'un haricot ; il en existe également entre la face latérale droite de la tumeur, le cæcum et l'utérus où elles forment une masse molle, très friable, que le doigt décolle facilement, mais qui donne lieu à une hémorrhagie extrêmement abondante. En raison de l'hémorrhagie, en raison des adhérences solides de la tumeur, il est impossible de procéder à une extraction complète, aussi bien des masses papillomateuses que du kyste. De plus, la friabilité des végétations empêche d'obtenir l'hémostase par des ligatures.

Aussi le chirurgien utilise-t-il la tumeur kystique pour prévenir le déroulement par en haut d'un tampon de gaze iodoformée, tassé dans la cavité pelvienne, sur les régions qui donnent du sang.

A cet effet, après excision d'une portion de la tumeur, ses parois sont fixées dans les deux tiers inférieurs de la plaie abdominale et sa cavité également tamponnée avec de la gaze iodoformée. La tumeur était un kyste multiloculaire, à parois très friables, ce qui compliqua singulièrement l'opération, mais qui ne contenait pas trace de papillomes.

Suites opératoires. Les premiers jours, des symptômes en rapport avec la perte de sang, affaiblissement, hypothermie, petitesse du pouls, des troubles fonctionnels du côté de la vessie (émission involontaire d'urine), quelques vomissements; après quoi la convalescence se fit d'une façon régulière. Le 40e jour après l'opération, la femme pouvait quitter l'hôpital. Dans la région du sac suturé à la plaie abdominale, existait une dépression infundibuliforme. Son fond, ainsi que les bords de la plaie, étaient recouverts de granulations molles. L'utérus, antéfléchi, adhérait par son fond à la cicatrice abdominale; les tissus périutérins, sur les côtés et en arrière de la matrice, étaient plus dépressibles, plus mous. A la fin de la 13e semaine, la plaie était complètement cicatrisée. La cicatrice, dans sa portion inférieure, était peu mobile et légèrement déprimée; l'utérus en antéflexion et soudé à la cicatrice abdominale. Tissus sur les côtés et en arrière de la matrice tout à fait normaux. État général excellent.

Structure anatomique du papillome. Papillome à fines ramifications, de bonne nature, formé d'un épithélium cylindrique. et d'un stroma présentant tantôt du tissu conjonctif, jeune et riche en faisceaux, tantôt du tissu conjonctif fasciculé, peu vasculaire.

De ce fait, l'auteur tire deux conclusions principales : 1) La sensation de frottement de grains de riz bouilli, contrairement à l'opinion de Coblenz, ne constitue pas un signe vraiment pathognomonique du papillome du péritoine, car cette sensation faisait défaut dans le cas actuel; 2) non seulement l'extirpation totale (Haischlen) d'un papillome ou d'un kyste papillomateux de l'ovaire peut arrêter le développement ultérieur de l'affection papillomateuse sur le péritoine, et la faire rétrocéder, mais l'extirpation partielle elle-même peut amener un pareil résultat. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XL

Juillet à Décembre 1893.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XL

Juillet à Décembre 1893.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

REVUES GÉNÉRALES

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUES ANALYTIQUES

VARIA.

BIBLIOGRAPHIE

(3)

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.